

«Askepotterne blant landets embetsmænd» – legenes vei til samfunnstoppen 1811–1960¹

Michael Quarterly 2011;8:532–44.

Fram til slutten av 1800-tallet hadde medisinen ikke den samfunnsmessige status den senere fikk, og medisinerne kom i skyggen av jurister og teologer. Legene hadde en beskjeden plass i embetsstanden, deres dannelsesnivå var ansett som lavere enn hos andre universitetskandidater, evnen til å lege sykdommer var relativt beskjeden, og de deltok lite i offentligheten. I løpet av to-tre generasjoner snudde bildet: Vitenskapen gjorde store framskritt og fra teologene overtok legene rollen som herrer over liv og død. Det offentlige helsevesen ble sterkt utbygd med sykehusene som spydspiss, legene ble offentlige eksperter og intellektuelle og helsepolitiske entreprenører, de bygget landets sterkeste profesjonsforening og legestudiet tiltrakk seg de gløggeste hoder.

Fra ydmyk til selvbevisst

Da Universitetet i Oslo fylte 150 år, i 1961, brakte Aftenposten en rapportasje fra studentmiljøet. Avisen skriver:

«Allerede før de hadde satt foten innenfor på et sykehus, dukker de privilegerte opp i Aulakjelleren i hvite frakker med alle tegn på at de er seg sin særstilling bevisst. Mange av medstudentene er dumme nok til å la seg irritere, og ingen forundrer seg om dette gir en viss kildrende tilfredsstillelse og ekte medisinerfølelse slik den oppfattes i de tidligste stadier.»²

Med tanke på den status medisinerne hadde oppnådd rundt 1960, med utpreget faglig autonomi, sosial prestisje, god lønn og sykehusene med sine klinikker og laboratorier som en slags slott og borger for kongene og prinsene i faget – prinsessene var ennå nokså få – er det ikke lett å forestille seg at situasjonen bare noen få generasjoner tidligere hadde vært ganske annerledes.

1 Store deler av artikkelen bygger på Myhre JE. *Kunnskapsbærerne 1811-2011. Akademikere mellom universitet og samfunn*. Oslo: Unipub, 2011.

2 *Aftenposten* 16.12.1961.

Bare for å ta studentene: Gjennom hele universitetets historie, helt fram til annen verdenskrig, var medisinerstudentene blant de minst begavede, målt i artiumskarakterer. Der konkurrerte de med jurister og teologer, og lå av og til litt over, av og til under.³ Høyt over disse tre i karakterer finner vi realistene og aller øverst tronet filologene. Først ut i 1950-årene, etter mange år med lukket studium, var legestudentene i teten, altså etter artiumskarakterer.

Nå var det ikke først og fremst artiumskarakterene som fastla folks stilling i samfunnet. Filologer og realister hadde så avgjort ikke høyest status. Så når legene på 1800-tallet ikke nådde spesielt høyt i omdømme eller lønn, var det ikke på grunn av karakterene. Hvorfor var så legene fremdeles i 1887 «askepotterne blant [...] embædsfolk», som Ole Malm (1854-1917) utrykte det i 1887?⁴

En beskjeden stand

Medisin var et av universitetets eldste fakulteter, bare teologi og juss kom tidligere, og ett av de tre profesjonsstudier fra Universitetet i Oslo opprettelse i 1811. Medisin var lillebroren blant de tre også på andre måter. Medisinerne var fåtallige sammenlignet med jurister (særlig) og teologer. Først i annen halvdel av 1800-tallet begynte medisinerne å nærme seg teologene i antall, men lå alltid langt bak juristene. Dette viste seg blant annet i antall yrkesutøvere. Ved midten av 1800-tallet fantes færre enn 300 leger i landet, men over 700 offiserer, 500 prester og 6-700 jurister.⁵

Dette sier selvsagt langt fra alt. Hvor i samfunnet finner man dem, legene? Til å begynne med var mange av dem offiserer. Senere i århundret var det offentlige leger (distriktsleger og stadsfysici) som dominerte. Så sent som 1872 var bare ni prosent sykehusleger. Leger satt ikke særlig høyt i hierarkiene. Medisinen selv hadde lenge ikke noe spesielt utviklet forvaltningsmessig hierarki, slik som man fant det hos jurister og teologer. Generalkirurgen kom riktignok høyt på embetsrangen.⁶ Også direktøren ved de få statlige sykehus fantes der. Men juristene regjerte i forvaltningen. Det har vært medisinerens styrke og svakhet sammenlignet med juristene at legene har drevet med medisin, og nesten bare det, mens juristene har gjort alt mulig.

3 Aubert V et al. *The Professions in Norwegian Social Structure*. Oslo: Institute for social research, 1961-1962: tables 79-124.

4 Schiøtz A. *Folkets helse – landets styrke 1850-2003. Det offentlige helsevesenets historie i Norge 1603-2003*. Oslo: Universitetsforlaget 2003: 144.

5 Myhre JE. *Kunnskapsbærerne 1811-2011*: tabell 2.2 etter Aubert V et al. *The Professions*: table 1.

6 Se *Norges Statskalender*, diverse årganger. Embetsrangen varte til årsskiftet 1925/26.

Mange leger i de par første generasjonene var «preliminarister», dvs. at de fikk studere uten artium og dermed uten latin, fram mot en såkalt «norsk» medisinereksamen. Årsaken var at landet manglet leger. Det samme gjaldt for så vidt også for juristene, men ikke for teologene eller filologene som fikk et sosialt forsprang i den grad det å beherske latin var en yrkesmessig og sosial fordel. Og det hendte. Historikeren Ludvig Ludvigsen Daae (1834-1910) var en ihuga latiner, og har gjennom sine etterlatte notater delt ut mer og mindre fordomsfulle karakteristikker av mange samtidige. Medisinere stod ikke spesielt høyt i kurs hos ham, men landphysicus i Buskerud, Thomas Blich (1830-1879) i Drammen, kunne tilgis det meste på grunn av akademiske meritter og ikke minst fordi han førte sine journaler på latin.⁷

Heller ikke yrkesutøvelsen ga legene svært høy status. Dere evne til å helbrede var svært begrenset. De nøt som alle øvrighetspersoner en viss autoritet, og mange leger hadde godt ry. Det fantes likevel ikke sjelden gjensidig mistillit mellom folket og legen. Stortingsbøndene markerte en viss mistillit gjennom å være mot kvakksalverloven. De ville gjøre medisinsk praksis fri og fikk gjennom en liberal lov i 1871. En del leger kunne på sin side opptre nedlatende mot befolkningen, blant annet på grunn av det de så som skittenferdighet og uvitenhet. Doktor Carl August Knutsen (1826-1898) ved Bærums Værk forteller i anledning koppeepidemien i Bærum i 1866:

«Enhver Forestilling om Sygdommers Smitsomhed møder ... Almuen med sit eenstemmige urokkelige: 'Det trur jeg intet – En faaer døm i Lufta – vil Vorherre, En ska ha døm, saa faaer'n døm'» Ingen fornuftig forklaring virker; allmuen tror ikke på smitte. «Ligeoverfor en saa massiv Tro maa da Fornuft og Erfaring Forstumme»,

konkluderte distriktslegen.⁸ Det faktum at legene spilte en viktig rolle når det gjaldt å forebygge sykdommer, var ikke umiddelbart merkbart for folk flest.

I det sosiale og det offentlige

Legene var sjelden sosialt ledende i det 19. århundret. I lokalsamfunnene, i bygder og småbyer, hørte de selvsagt til det gode selskap, men sjelden i framtrepende posisjoner. De ble etter hvert ikke sjelden tillagt en spesiell sosial rolle. Distriktslege Johan Andreas Kraft (1808-1896) var «Byens eneste

7 Knudtzon N. *Professor, Dr. Ludvig Daaes erindringer og opptegnelser om sin samtid*. Oslo: Novus 2003: 272.

8 Fra medisinalinnberetningene i Riksarkivet, etter Myhre JE. *Bærum 1840-1980*. Oslo: Universitetsforlaget 1982.: 148. Carl August Knutsen var verkslege ved Bærums Jernverk 1855-75 og ordfører i sunnhetskommisjonen for Asker og Bærum. Larsen Ø (red.). *Norges leger*. Oslo: Den norske lægeforening 1996: bd. III.

erklærede Fritenker», skrev Ludvig Daaes om sin barndoms Flekkefjord 1840-årene. Når Gregers Werle i *Vildanden* i siste scene ser for seg en moralsk heving, kommenterer doktor Relling, kynikeren, realisten, i stykkets siste setning: «Faen tro det.» Senere viste Øvre Richter Frichs dr. Jonas Fjeld seg som en handlekraftig mann uten nonsens. Dette bidro til økt status utover på 1900-tallet: «Jeg er lege», sa han (Dr. Fjeld), «og mengden vek til side».⁹ Medisinerne var tidlig moderne i sin tro på vitenskap og fornuft og kanskje mindre på religion. Dette skulle med tiden vise seg å ikke være noen ulempe, men fram til det moderne gjennombrudd i 1870-80-årene var det knapt noen fordel.

Legene var på mesteparten av 1800-tallet var påfallende lite synlige i offentligheten, i alle fall i riksoffentligheten. De var sjelden i politikken, de var lite synlige i studentersamfunnet, de var sjelden forfattere, uten i egne tidsskrifter. Det fantes unntak, som professor Frederik Holst (1791-1871), en fremtredende samfunnsbygger, og Herman Wedel Major (1814-1854), en reformator av psykiatrien. Et annet unntak var professor Ernst Ferdinand Lochmann (1820-1891), men han var kulturelt meget konservativ, til forskjell fra mange kolleger. Medisinerne hadde sine egne faglige offentligheter og deltok i debatter om helse, men ellers lite. Medisinerens beskjenhet gjaldt i noen grad også organisasjonslivet, som blomstret fra midten av århundret. Medisinerne organiserte seg selv i faglige foreninger, blant annet i Det norske medicinske Selskab, et faglig leseselskap fra 1826 som gikk over til å bli en formelt organisert forening i 1833. Men dette var ikke en fagforening eller profesjonsforening som skulle løfte standen i samfunnet. En slik organisasjon kom først i 1886 i form av det som ble legeföreningens mektige skikkelse.

Medisinerne kan også virke isolert i et universitetsmiljø der over halvparten av landets 161 professorer på 1800-tallet var i slekt eller inngiftet med en annen professor.¹⁰ Nokså få medisinprofessorer hadde forbindelser med andre fags professorer, noe som var ganske vanlig ellers på universitetet. De medisinske slektskapsforhold hadde mer preg av familiedynastier, med navn som Boeck, Heiberg, Holst og Nicolaysen.

Legenes oppmarsj

Fra slutten av århundret fant det sted en markert vending i legenes status og stilling. Da Ole Malm i 1887 snakket om medisinen som Askepotten blant embetsmenn, lå i dette naturligvis en forhåpning. Askepott var den fattige piken som ble prinsesse.

⁹ Apokryft sitat fra Øvre Richter Frich.

¹⁰ Myhre JE, *Det norske akademiske aristokrati*. Upublisert manus. Oslo 2010.

I 1912 ble distriktslegene formelt degradert fra embetsmenn til bestillingsmenn, altså funksjonærer. Det vakte sorg og harme hos legene. Embetsmannsstatusen var forbundet med en viss nimbus som nå var tapt. Saken var imidlertid den at embetsmennes rolle og status i det norske samfunn i 1912 for lengst hadde begynt å synke. Økonomisk begynte nedgangen allerede i 1870-årene, ettersom en økonomisk oppgang gjerne medfører at offentlig ansatte blir hengende etter. Politisk var 1884 og innføringen av parlamentarismen et slag mot embetsstanden. Kulturelt og sosialt ser vi en langsom nedgang. Overleger og andre sykehusleger, sosialt framtreddende, ble ansatt uten å bli embetsmenn.

Stadig flere leger ble derimot ikke offentlig ansatt i det hele tatt, men drev privat praksis. Det var gruppen av folk i frie, liberale yrker; leger, advokater, tannleger, ingeniører og arkitekter som stod fram som en ny akademisk og sosial elite innover i det 20. århundret. I hovedstaden Christiania hadde det fra 1841 eksistert en sosial eliteklubb, kalt *Balselskapet Foreningen*. Eliten i klubben bestod opprinnelig av folk embetsstanden og framtreddende næringsdrivende, kort sagt byens kondisjonerte. Også kongefamilien var med så lenge Norge var i union. Etter 1905 kom i stedet det diplomatiske korps med. Foreningens manifeste hensikt var å avholde ball for medlemmene, dens latente funksjon var å holde eliten sammen gjennom at unge kvinner og menn fant hverandre. Henimot århundreskiftet begynte imidlertid den nasjonale eliten å splittes, politisk, økonomisk og sosialt. Embetsmenn og andre offentlige akademikere gled mer og mer ut av ballselskapet. Det ble mer og mer en sosisetetsforening der næringslivet dominerte, og til dette næringslivet hørte ikke minst de omtalte advokater og leger.

Legene ble raskt langt mer tallrike enn før. Rundt 1890 passerte de teologene i antall, straks etter offiserene. De tok innpå juristene. Når vi kommer til 1950, var det sågar flere medisinere og tannleger enn universitetslærere og gymnaslærere til sammen. Blant legene ble det relativt sett langt færre legeoffiserer og offentlige leger. Medisinerne konsentrerte seg nå om to virksomheter. I 1953 var 38 prosent av dem i privat praksis og 41 prosent i sykehusene. Bare fem prosent av medisinerne drev da med forskning. Sykehusmedisinen ble gradvis mer prestisjefylt og helsevesenet ble mer sykehusorientert. Det gjaldt også utdannelsen, og det gikk så langt at man i medisinstudiet ble anklaget for å nedprioritere den medisinen som lå utenfor hospitalene.

Vitenskapens framgang og status

Medisinen, og legenes, økte status skyldtes langt på vei vitenskapenes – spesielt naturvitenskapenes – framgang og prestisje fra slutten av 1800-tal-

let av. Dette var selvsagt ikke et norsk fenomen alene. Aller fremst i medisinen lå Tyskland, og Tyskland var den fremste inspirator for norsk medisin. Norge var forholdsvis godt forberedt på utviklingen, og lå i enkelte tilfeller i fronten. Verden snakker således f. eks. om lepra som «Hansen's disease», etter Gerhard Armauer Hansen (1841-1912). Toneangivende norske politikere var realistisk innstilt i en dobbelt forstand av ordet. Realartium ble innført i 1869, og Norge var antagelig det første land som fjernet latin som betingelse for høyere studier. Fordi den gamle latinskolen var en gutteskole, valgte interessant nok mange jenter realartium og senere medisinstudiet, da dette ble åpnet for dem i henholdsvis 1882 og 1884.

Vitenskap gir prestisje fordi den gir faktiske resultater. Da den norske sosialhjelpstaten, som Anne-Lise Seip kaller den, og dens etterfølger velferdsstaten, fra 1880-årene ble bygd ut på så vel helsesiden som andre sider av det sosiale hjelpesystemet, spilte legene en sentral rolle, og ikke bare på sykehus eller i frontlinjen i distriktene.¹¹ De ble f. eks. knyttet til vergerådene (barnevernet), til rettssystemet via fengslene og til helseorganisasjonene. Politikken ble gradvis knyttet til et ekspertsystem, et nett av høyt utdannede akademikere. Der fant man mange yrkesgrupper, økonomer, ingeniører og jurister, men også mange leger. Det er interessant å notere at ekspertene etter hvert kom sterkt inn i forvaltningen, særlig gjennom direktoratene, og der fortrengete juristene som forvaltere. Legene var imidlertid ganske sene i så måte. Helsevesenet ble lenge styrt av en jurist. Først i 1870 kom en medisinert som ekspedisjonssjef, og først i 1875 ble et direktorat opprettet.¹² Dette var en liten institusjon helt til 1938, da Karl Evang (1902-1981) ble sjef for Medisinaldirektoratet, senere kalt Helsedirektoratet. Resten er, som man sier, historie. Da hadde helsevesenet også fått det hierarkiet det manglet i det 19. århundret. Det har vært skrevet at legeyrkets storhetstid varte til 1970-årene.¹³ Det er identisk med Evangs avgangsår, og sier mye om Evangs og Helsedirektoratets stilling.

Leger, men også andre akademikere, utkonkurrerte altså gradvis juristene i forvaltningen, spesielt på de feltene der fagkunnskap var viktig. Vel så viktig var kanskje legene på et annet felt. Medisinerens innflytelse steg samtidig med at teologenes sank. Da det rundt 1890 ble flere leger enn prester, symboliserte dette mer enn en akademikerprofesjons passing av

11 Seip A.-L. *Sosialhjelpstaten blir til: norsk sosialpolitikk 1740-1920*. Oslo: Gyldendal 1984. *Veier til velferdsstaten: norsk sosialpolitikk 1920-1975*. Oslo: Gyldendal 1994.

12 Benum E. *Sentraladministrasjonens historie. Bind 2 1845-1884*. Oslo: Universitetsforlaget 1979.

13 Larsen Ø i Larsen Ø, Berg O, Hodne F. *Legene og samfunnet*. Oslo: Seksjon for medisinsk historie og Den norske lægeforening, 1986.

en annen i størrelse. Det symboliserte at legene var i ferd med å overta fra prestene rollen som herrer over liv og død.

Malms utsagn fra 1887 om legene som embetsstandens askepotter kan gi oss ytterligere en peker, nemlig mot det som var skjedd året før, dannelsen av Den norske Lægeforening, stavet med æ helt til 2008. Legenes storhetstid er ikke minst knyttet til Lægeforeningen.

Storhetstiden

Vi kan selvfølgelig knytte storhetstiden til *veksten* i tallet på leger og på sykehus, og i tallet på legenes medhjelpere, sykepleiere, laboratoriefolk og mange andre. Men den kan også, kanskje like gjerne, knyttes til *begrensningen* av antallet leger. Fra slutten av 1800-tallet steg søkningen til studiet merkbart, og det var bare ett sted i landet som hadde doktorskole, nemlig Det kongelige Frederiks universitet, fra 1939 kalt Universitetet i Oslo. Økningen i antall studenter ble særlig merkbart etter første verdenskrig. I 1946 og 1947 var medisin for første gang det største fakultetet i antall uteksaminerte kandidater. Det oppstod køer. Kandidatene fra 1930-kullet hadde i de fleste tilfeller studert i 7 til 7 ½ år, mens de fleste i 1939-kullet hadde holdt på i 9-10 år. Resultatet ble adgangsbegrensning fra 1940. Men fakultetet har også en historie med å holde leger fra utlandet på en arm-lengdes avstand. Resultatet var i alle fall en mangel på leger, altså et lite tilbud og en stor etterspørsel, et glimrende kort på hånden for enhver fagforening.

Legene var ikke bare synlige i sin yrkespraksis, i distriktene, på sykehuse-ene eller i administrasjon av et stadig større helsevesen. I motsetning til på 1800-tallet ble medisinere på 1900-tallet stadig synligere i offentligheten. De var sågar synlige på Stortinget, der en man som Karl Wefring (1867-1938) gjorde seg gjeldende etter første verdenskrig. Han møtte på tinget i flere perioder 1916-1927 for Høyre og Frisinnede Venstre og var flere ganger forsvarsminister. I tillegg var han medisinaldirektør, direktør for Rikshospitalet, overlege for sinnssykevesenet og president i Legeforeningen, om enn ikke samtidig.¹⁴

Når helse spørsmål kom på den offentlige dagsorden, var leger raskt til stede. Høsten 1887 fant det sted en voldsom debatt i hovedstadspressen. Nyere statistiske oppgaver viste nemlig at dødeligheten, særlig spedbarnsdødeligheten, økte betydelig, blant annet på grunn av epidemier, især skar-

14 Haave P. Da legene skulle autoriseres. *Tidsskrift for den norske lægeforening* 2007;127: 3271.

lagensfeber og difteri.¹⁵ Tallene vakte oppsikt av flere grunner. Man var vant til at dødeligheten sank, og man var vant til at Kristiania lå helt i teten blant europeiske hovedsteder, noe som hadde vært en kilde til kommunal stolthet. Nå i 1887 hadde mange utenlandske byer passert den norske hovedstaden og fått registrert lavere dødelighet. Men først og fremst vakte dødeligheten bekymring i et samfunn som i økende grad var opptatt av befolkningens velferd. I løpet av sju uker i november og desember brakte avisene 68 artikler og leserinnlegg om sunnhetstilstanden i byen, som utvetydelig ble oppfattet som et offentlig ansvar. Det ville langt på vei si at det var legenes anliggende. De deltok da også hyppig i debatten, ikke minst stadsfysikus Johan Lauritz Bidekap (1828-1892). Noen år senere, i 1895, kom Axel Holsts (1860-1931) store undersøkelse om boligforholdene i hovedstaden til å avstedkomme en betydelig diskusjon.

Leger var også i høy grad til stede som helseentreprenører, det vil si sykehusbyggere, stiftere av foreninger til fremme av god helse og andre sosiale tiltak. Vi finner for eksempel, i randen av dette feltet, dr. Lauritz Stoltenberg (1892-1978), som i 1937 ga støtet til opprettelsen av husmødrenes barnehager, en milepel i barneomsorgen.¹⁶

Leger i offentligheten

Flere leger må karakteriseres som offentlige intellektuelle. Knappt noe tema var for brennbart for Johan Scharffenberg (1869-1965), snarere tvert imot. Ekteparet Kristian (1874-1957) og Alette Schreiner (1873-1951) var kjente fra pressen. Karl Evang var sterkt politisk engasjert, før, under og etter sin tid som helsedirektør. Oscar Nissen (1843-1911) var en kjent sosialreformator og arbeiderpartipolitiker. Da en journalist fra Dagbladet satte seg ned i 1930 for å lese kullboken til artianerne fra 1905, heftet de seg innledningsvis ved noen få navn. Et av dem var Otto Lous Mohr (1886-1967). Han var blant annet en kjent figur fra universitetets radioforedrag i landets eneste etermedium, en serie som hadde en kolossal tilhørerskare. Psykiateren Nic Waal (1905-1960) var en pionér i barneomsorgen. Hennes understreking av barnets rolle og rettigheter i familien, kombinert med engasjement og kontakter i arbeiderbevegelsen, gjorde at hun kom til å legge viktige premisser for boligbyggingen i Oslo. God mentalhygiene tilsa at barna skulle ha egne soverom. Dette betydde at kommunen satset på tre-

15 Myhre JE, *Hovedstaden Christiania 1814-1900. Oslo bys historie bind 3*. Oslo: Cappelen 1990: 388-389, som bl.a. annet bygger på et upublisert manus av Sivert Langholm og Turid Birkenes.

16 Myhre JE. *Barndom i storbyen. Oppvekst i Oslo i velferdsstatens epoke*. Oslo: Cappelen 1994: 43ff.

romsleiligheter som standard for vanlige familier, en avansert målsetning. Carl Schiøtz 1877-1938) var skolehelsesjef i Oslo fra 1918 og satte i gang storstilte undersøkelser (hovedsakelig veiing og måling) av helsetilstanden på 1920-tallet. En sunn «Oslo-frokost» for alle folkeskolebarn og andre tiltak hadde betydelig virkning.¹⁷ På tampen av sin karriere, fra 1932 til 1938, var Schiøtz professor i hygiene ved Universitetet. Han utga også en rekke populærvitenskapelige bøker i mellomkrigstiden, som *Lægevidenskap og Samfund*, og *Idrettsbok for norske gutter* (sammen med den olympiske tikampmester Helge Løvland).¹⁸ I et voksende marked for populærvitenskapelig kunnskap, fant flere medisinerere sin plass, ikke minst Evang gjennom sitt tidsskrift for seksuell opplysning.

Schiøtz var sentral, nesten en nasjonal strateg i mindre format gjennom vitenskap, helseforvaltning, skolepolitikk og vitenskapelige formidling. Ikke mindre sentral på mange felter var Axel Strøm (1901-85), kanskje det beste valg om man vil illustrere medisinerens innflytelse i samfunnet.¹⁹ Strøm var høyt og lavt der medisinerere vanket gjennom store deler av perioden fra 1930 til 1970. Han hadde vid yrkeserfaring fra distrikter og sykehus i inn- og utland, som bedriftslege i Freia, lege i forsvarrets sanitet, overlege ved Rikshospitalet og professor i hygiene og senere sosialmedisin ved Universitetet i Oslo gjennom tretti år. Han var i perioder også sunnhetsinspektør i Oslo Helseråd og sakkkyndig i trykderetten i Oslo. Axel Strøm var i mange år sentralt plassert i legeforeningen, som formann i Yngre Legers forening, og som visepresident og president i foreningen (1946-51). Ved universitetet var han formann i professorforeningen og argumenterte der for at denne skulle slutte seg til Fellestrådet for vitenskapelige tjenestemenn.²⁰ I tillegg var Strøm formann i Norsk akademikersamband. Han forfattet en rekke lærebøker. På 1960-tallet ledet Strøm to viktige komiteer som behandlet stillingsstrukturen ved Universitetet i Oslo. Han var dekanus ved det medisinske fakultet i Oslo 1956-63 og siden prorektor ved universitetet. Som dekanus ble Strøm intervjuet av Aftenposten om legestudiet. «Planen er svært presset», uttalte han, og beskrev et studium med sterkt skolepreg og stort arbeidspress.²¹ Aftenpostens reportasje pekte på den særdeles viktige

17 Kjeldstadli K. *Den delte byen 1900-1948. Oslo bys historie bind 4*. Oslo: Cappelen 1990.

Alsвик O. «*Friskere, sterkere, større, renere*»: om Carl Schiøtz og helsearbeidet for norske skolebarn. Hovedoppgave i historie, Universitetet i Oslo 1991.

18 Schiøtz C. *Lægevidenskap og Samfund*. Oslo: Aschehoug 1933. Schiøtz C og Løvland H. *Idrettsbok for norske gutter*. Oslo: Aschehoug 1925.

19 Larsen Ø (red.). *Norges leger*.

20 Nilsen Y. *En sterk stilling? Norsk forskerforbunds historie 1955-2005*. Bergen: Vigmostad & Bjørke 2005.

21 *Aftenposten* 16.12.1961.

samfunnsposisjonen de kommende legene ville få. Medisinerstudentene var sammen nesten hele tiden, også i de få sosiale sammenhenger, og utviklet en utpreget kullsamhørighet. Dette virket som en homogeniseringsprosess, som ble et godt utgangspunkt for etableringen av standsfølelse og profesjonsidentitet.²²

Denne samhörighet og standsfølelse var både en årsak til, men kanskje enda mer en virkning av, arbeidet til Den norske lægeforening, stiftet i 1886, som den første av de store profesjonsorganisasjonene. Lektorer og lærere kom i 1890 og 1892, prestene i 1900, advokatene i 1908 og andre enda senere.²³ Lægeforeningen ble raskt en legendarisk sterk profesjonsorganisasjon, og profesjonsmakt var et godt utgangspunkt for fagforeningskrav. Legene nøyde seg ikke med belønning i himmelen og framsatte ikke beskjedne krav slik som prestene. Hva var legeforeningens styrke, sammenlignet med andre profesjoner og yrker?

Yrkets økende status var nok en selvstendig faktor. Derimot var det nok foreningens fortjeneste, og ikke minst de to sterke generalsekretærene gjennom et halvt århundre (1900-1948), Rasmus Hansson (1859-1934) og etterfølgeren Jørgen Berner (1883-1964), at foreningen holdt sammen, og hadde en gjennomgående meget høy medlemsprosent, i 1950-årene var den nådd 95 prosent. Yngre leger, kvinnelige leger, kristne leger, avholdende leger, privatpraktiserende leger, overordnede leger, underordnede leger, praktiserende spesialister og sosialistiske leger, for ikke å snakke om alle spesialitetene, kunne nok ha sine egne foreninger, men alltid under den store paraply. Det betydde imidlertid, som mange vet, på ingen måte at det ikke fantes stridigheter nok innenfor standen.

Modellprofesjonen

Medisinen er selve modellprofesjonen når profesjonssosiologen skal framstilles. De viktigste kjennetegn, bortsett fra en sterk organisasjon, er monopol på yrkesutøvelse, kontroll over egen kunnskap (utdannelsen) og generell autonomi overfor samfunnet omkring. Spørsmålet om autorisering stod sentralt.²⁴ Legene ville helst at standen helst skulle autorisere selv, og var redd for sin uavhengighet hvis det var Sosialdepartementet som skulle borge for legenes skikkethet. Slik ble det nå likevel i 1927, og legene kom til å mene at statlig autorisering var en fordel, spesielt når departementet gjerne rådførte seg med det medisinske fakultet. Autorisasjonen ga dessuten beskyt-

22 Larsen Ø. (red.) *The Shaping of a Profession. Physicians in Norway, Past and Present*. Canton, MA: Science History Publications/USA 1996: 538ff.

23 Ingeniørene fikk en forening allerede i 1874, men den bygde ikke på artium.

24 Det følgende bygger især på Haave P. *Da legene skulle autoriseres*.

telse mot kvakksalvere. En annen diskusjon stod om en spesialistgodkjenningen. Der ble myndigheten i 1918 lagt til et utvalg i legeföreningen. En del leger var skeptisk til at noen utøvere på denne måten skulle framheves framfor andre. Et argument for spesialistautorisasjon var at dette kunne heve legestandens allmenne omdømme. Spesialister i den formelle betydningen finnes verken hos prester, advokater eller lektorer. I legeföreningen ble det faktisk lenge sett som et problem at det medisinske fakultet var så sterkt representert i styre og stell.

Legestanden stod antagelig atskillig nærmere universitetet i sin daglige gjerning enn de andre akademiske profesjonene gjorde. Den øverste autoritet for teologisk viten finnes ikke ved det teologiske fakultetet, men hos biskopene, eller enda høyere opp. Advokatenes og andre juristers siste instans er ikke fakultetet, men høyesterett, som har siste ord i å tolke loven, den egentlige siste instans. Lektorene kunne nok se hen til universitetet, men stod, og står, ofte i en underlig spagat mellom undervisningsfaget og pedagogikken. Legene står nærmere forsknings- og undervisningsinstitusjonen, selv om de henter mye fra sin praksis med pasientene. Sykehusavdelinger m.v. har f. eks. besøk av medisinerstudenter.

I lønsspørsmål kom legene og deres forening raskt til å se på staten som motpart, spesielt i økonomiske spørsmål. Også privatpraktiserende leger hadde regulerte satser. Kanskje var det fordel at leger sjelden var embetsmenn (som stort sett gjaldt professorer og toppledere). Lønnskamp var nemlig vanskelig forenlig med embetsmennenes yrkesetos. Legeföreningens styrke og enhet (på tross av mange interne stridigheter), hjulpet av en økende legemangel, bidro på lengre sikt til et høyt lønnsnivå blant medlemmene. Blant akademikere kunne bare advokatene konkurrere når det gjaldt inntekter. Legeföreningen fikk en tydeligere fagforeningskarakter over tid. Mens slike saker utgjorde 33 prosent av emnene på Dnlfs legemøter 1887-95, var andelen økt til 76 prosent i perioden 1928-38. Generalsekretær Hanson brukte uttrykket «fagforening», men formante sine standsfeller ved sin avgang: «*Det gjaldt at lægene forstod, at bedre økonomiske kaar ikke var noget selvstændig maal, men et middel til at høine lægens virke utad. Det maatte ikke bare tales om krav, men ogsaa om pligter likeoverfor land og folk.*» Hans etterfølger, Jørgen Berner, minnet i 1938 om at legene ikke bare måtte tenke på seg selv, men også sitt klientell.²⁵

Dr. Lauritz Stoltenberg, skoleoverlege i Oslo, redigerte i 1938 en bok som het *Våre hjem og våre barn*. Der skrev journalisten, forfatteren og sivil-

25 Berg O. Verdier og interesser – Den norske lægeföreningens framvekst og utvikling. I: Larsen Ø, Berg O, Hodne F. *Legene og samfunnet*. Oslo: Den norske lægeförening, 1986, s. 217, 229, 236.

ingeniøren Georg Brochmann et kapittel om barnas utdanning og fremtid. Han spanderte ekstra plass på medisinstudiet. Læger er «*høit betalte spesialarbeidere, og vil meget sjelden forlate lægeyrket. Det er ingen som i den grad holder sig til det arbeide utdannelsen kvalifiserer til som lægestanden.*» Studiet er også spesielt langvarig. Det gir høy studiegjeld, og «*det er ikke noe å undres over at lægene [...] vil ta sitt monn igjen og sørge for standens økonomiske interesser.*»²⁶

De kvinnelige medisinerere

Enhver læge», het det i en av legeföreningens kollegiale regler fra 1930, «*må i all sin ferd iaktta hva der tjener standens ære, autoritet og anseelse.*»²⁷ Foreningen mente også at legenes moralske kall krevde at de fikk en relativt privilegert posisjon i samfunnet. De måtte derfor blant annet ikke sosialt deklasseres. Rekrutteringen til medisinerstudiet ble da også sosialt sett litt mer eksklusiv enn til andre studier utover på 1900-tallet²⁸, juss delvis unnatt. I 1940-årene hadde bare 42 prosent at de medisinske kandidater fedre som ikke var akademikere eller selvstendig næringsdrivende. Betydde dette noe for rekrutteringen av kvinner til studiet? Medisin var et favorittstudium hos første generasjons kvinnelige akademikere. De kom i det store og hele fra en sosial elite og utgjorde ikke minst en evnemessig elite (de hadde bedre karakterer hele veien) sammenlignet med sine jevnaldrende mannlige studenter. De hadde likevel store problemer med å gjøre karriere, kanskje enda større problemer enn i andre akademiske yrker. Alette Schreiner fikk aldri noen akademisk stilling, mens hennes klassevenninne fra skolen, Kristine Bonnevie, ble professor i biologi. En kjent historie var Louise Isachsens (1875-1932) forgjeves kamp for å få en reservelegestilling ved Rikshospitalets kvinneklinikk i 1911.

Jeg tror eksemplet med dr. Ingeborg Aas (1876-1958), født som gårdbrukerdatter på Hedemarken, kan illustrere rollen til en kvinnelige lege.²⁹ Hun tok artium ved Ragna Nielsens skole, en privat skole hovedsakelig for kvinner, omtrent samtidig med Bonnevie og Schreiner. Medisinsk embets-

26 Brochmann O. Barnas utdanning og fremtid. I: Stoltenberg L (red.). *Våre hjem og våre barn*. Oslo: Cappelen 1938: 240.

27 Berg O. Verdier og interesser: 240.

28 Aubert V. m. fl. Akademikere i norsk samfunnsstruktur 1800-1950. I *Tidsskrift for samfunnsforskning* 4/1960: 185-204. Myhre JE. Academics as the Ruling Elite in 19th Century Norway. I *Historical Social Research/Historische Sozialforschung*, vol 33, 2/2008: 22-41. Myhre er bearbejdet etter Aubert V. The Professions in Norwegian Social Structure. I: *Transactions of the Fifth World Congress of Sociology*, vol III 1964: 243-258.

29 Biografiske opplysninger: *Studentene fra 1896*. Oslo 1946 og Larsen Ø (red.). *Norges leger* I.

eksamen ble avlagt i 1903. Hun utførte kandidattjeneste ved Rikshospitalet og praktiserte fra 1905 i Trondheim, mesteparten av tiden som leder for poliklinikken for veneriske sykdommer, der hun fremdeles befant seg i 1946. Kvinner i medisin søkte typisk privat virksomhet, til forskjell fra kvinner i jus, fordi det lot seg lettest kombinere med familie.³⁰ De første kvinnelige medisinere nådde ikke langt i sin formelle medisinske karriere. Aas ble for eksempel aldri spesialist, til tross for at hun arbeidet med veneriske sykdommer i mer enn en mannsalder.

Men Ingeborg Aas tok sitt monn igjen på andre felter. Aas var sterkt engasjert i arbeid med folkehelsen gjennom hele karrièren, og var medlem av et utall av styrer, komiteer og utvalg. Hun skrev to bøker og en rekke artikler i pressen om helsemessige forhold som hygiene og seksualitet, veneriske sykdommer, abort og alkohol. Hun var politisk engasjert i Venstre, og var blant annet medlem av den norske straffelovkomité, reiste som delegert til Folkeforbundet og det internasjonale kvinnerådet. Aas var medlem av kommunestyret i Trondheim og satt i en rekke kommunale komiteer. Hun var gift med en lege som hun bestyrte klinikken sammen med, og de hadde sammen to barn. Omtrent halvparten av de kvinnelige medisinere før 1920 giftet seg.³¹

De kvinnelige leger holdt seg, eller ble holdt, lenge beskjedent i fagets bakgrunn. På dette området har samfunnet, og medisinen, forandret seg på 50 år. Men hvilken rolle kvinnene har spilt når det gjelder legenes samfunnsrolle, se det er en annen historie.

Jan Eivind Myhre
professor
Universitetet i Oslo
Seksjon for historie
j.e.myhre@iakh.uio.no

30 Aubert V. Kvinner i akademiske yrker. I *Tidsskrift for samfunnsforskning* 4/1961: 238-263.

31 Frølich A. *Norges første kvinnelige leger*. Hovedoppgave i historie, Universitetet i Bergen 1984.