

Den gang studentene oftere var rekruttert fra en samfunnselite med økonomiske ressurser, kan det faktisk hende at studiefinansiering i sin alminnelighet var greiere enn senere. Behovet for offentlige tiltak for å støtte utdanning ble først synlig da studierekrutteringen endret seg. Allerede på Sørsdals tid skjedde rekrutteringen til Universitetet mer fra alle samfunns-lag – og det var fortsatt ikke noen lånekasse.

Hvis vi ser på studietiden som en kombinasjon av en utdanningsprosess og en sosialiseringprosess, er det uklart hvilken rolle Sørsdal ble mest sosialisert inn i. Han er nok uvanlig fordi han så sterkt identifiserte seg med idrettsmiljøene, først innen boksing, men også innen andre grener som skisport og roing. F. eks. Studentersamfundet var han nok interessert i, men trolig mest som underholdning i første del av studiet, ikke som en arena for eget engasjement. Der var det trolig store forskjeller studentene imellom.

Studentliv med politikk på alvor

Sørsdals to år yngre medstudent Karl Evang (1902–1981) hadde begynt å studere medisin i 1922 og ble cand. med. i 1929. For Evang var Studentersamfundet stedet for fengslende idékamper og en spire til et livslangt politisk engasjement.²⁹² Etter at Evang var ferdig som lege, ble han valgt til formann i Studentersamfundet to ganger, nemlig i 1930 og 1931. Hvis vi bruker disse to legene som eksempler, er det *to ulike studentverdener* de sosialiseres inn i. Men begge ble likevel i løpet av studiet sosialisert inn i rollen som *lege*, om enn med ulik vinkling.

25. Studentene – hvem var de?

Rekrutteringen

Vi vet faktisk en god del om legene i Norge, fordi det helt siden 1873 har vært gitt ut bøker med biografiske opplysninger om tilnærmet samtlige

292 Se: Hansen TI. *op. cit.* (2011).

leger.²⁹³ Det lar seg derfor gjøre å samle inn og systematisere en del data som kan være av interesse når man ser på dem på gruppenivå.²⁹⁴

La oss først se på legene i den eldste gruppen. Det er de 1268 legene som ble beskrevet i Norges Leger 1886.²⁹⁵ Som vi allerede har sett i denne boka, er det en periode med en ganske voldsom utvikling både for medisinen og for samfunnet, så derfor er det bare grove inntrykk man kan få av å betrakte materialet som en helhet. Gjennomsnittlig antall medisinere som ble uteksaminert pr. år fra den første i 1817 til og med 1909 steg jevnt fra seks til 45.²⁹⁶ Oppbyggingen av en nasjonal legestand fra omtrent intet var derfor en kumulativ prosess, men en del falt fra etter hvert, slik at antallet leger etter hundre år med fakultetet var 1299.²⁹⁷ Samtidig med denne oppbyggingsprosessen skjedde det så mye både i samfunnet og med medisinen at det er uten mening å betrakte 1800-tallslegene som en ensartet gruppe.

Med disse forbehold ser vi at nærmere 45% var fra Christiania eller fra Østlandet for øvrig.²⁹⁸ Det er ikke overraskende, spesielt fordi den tiden da legetallet begynte å øke, dvs. i slutten av århundret, økte også den alminnelige tilflyttingen til hovedstaden og distriktene omkring ganske dramatisk. Det er også der – og av samme grunn – at vi finner dem igjen senere, dvs. ved død eller på det tidspunkt de sendte inn biografiske opplysninger.

Søkningen til det fortsatt åpne legestudiet var økende på 1800-tallet.²⁹⁹ Det ble i denne perioden flere og flere utdanningsmuligheter og flere yr-

293 Samleverket Larsen Ø. (red.) *Norges Leger I-V*, Oslo: Den norske legeforening, 1996 er satt sammen på grunnlag av de tidligere bøkene, supplert med opplysninger om daværende leger som ble innhentet forut for 1996 ved hjelp av spørreskjemaer. De siste legene som det foreligger data for på denne måten, ble uteksaminert våren 1996. Fra 1873 til 1996 er det således gitt ut i alt tretten biografiske leksika over norske leger. I forordet i bind 1 i *Norges Leger 1996* er det gitt en oversikt over de tidligere utgavene og de ulike prinsippene som har vært brukt for innsamlingen av data i disse. Innsamlingsprinsippene har vært så vidt forskjellige at biografiene ikke uten videre lar seg bruke til tallmessige sammenlikninger.

294 Data fra de forskjellige utgavene av Norges Leger er benyttet som datamateriale i Larsen Ø, Berg O, Hodne F. *Legene og samfunnet*. Oslo: Den norske legeforening, 1986 og i Larsen Ø. (ed.) *The shaping of a profession*. Canton MA: Science History Publications/US, 1996. Der står det også henvisning til andre relevante profesjonssosiologiske studier. Tall fra slike er trukket inn i drøftingen. I den kortfattede gjennomgangen her er det i hovedsak benyttet tall fra de nevnte tidligere undersøkelser, supplert med opplysninger fra jubileumsverket *Universitetet i Oslo 1911–1961*, Oslo: Universitetet i Oslo, 1961 og fra Myhre JE. *Kunnskapsbærerne 1811–2011. Akademikerne mellom universitet og samfunn*. (Bok 8 av jubileumsverket 2011) Oslo: Unipub, 2011.

295 Legene som er beskrevet i Kiær's bok fra 1886 finnes også i utgaven fra 1873, men er ajourført, også med nye leger. Det betyr at 1886-utgaven er det beste materialet fra 1800-tallet egnet for bearbeidelse. Av de 1268 legene som finnes der, var det noen som måtte tas ut på grunn av ufullstendighet m.v., slik at det er gjort beregninger for 1145.

296 Larsen, Berg, Hodne, *op. cit.* (1986) tabell 4.2., s. 344.

297 Larsen, Berg, Hodne, *op. cit.* (1986) tabell 4.7, s. 353.

298 Larsen, Berg, Hodne, *op. cit.* (1986) tabell 4.5., s. 352.

299 Antall tilstedeværende medisinestudenter ved Universitetet følger et litt annet mønster, blant annet ved at det faller noe fra 1880. Det kommer av at den enkeltes gjennomføringstid var forskjellig. Studiet var fritt og ventetider m.v. kunne skape opphopning noen år.

kesveier som det kunne være aktuelt for ungdom å slå inn på, men medisin hadde tydeligvis tiltrekningskraft. Vi kan konstatere at det ved slutten av århundret var blitt sykestrygd og sykekasseordninger av forskjellige slag over hele landet, slik at de som valgte å studere medisin i langt større grad enn før kunne vente seg et yrke med en noenlunde trygg og ordnet økonomi. Før 1880-årene var det mer offentlige stillinger man kunne sikte på, mens det nå i større grad åpnet seg et marked for legetjenester og muligheter for å slå seg gjennom som praktiserende lege.

Klasseforskjellene i 1800-tallsamfunnet var fortsatt store, på forskjellig grunnlag, men nå også økonomisk. Som gruppe var legene ikke noe unntak. Det var særlig noen hovedstadsleger som levde på en stor fot. Det er derfor ikke usannsynlig hvis unge utdanningssøkende f. eks. skjelte til levekårene til enkelte privatpraktiserende spesialister og kunne tenke seg å bli som dem. Vi er forhindret fra å spørre 1800-tallskollegene om deres motivasjon for å begynne på medisinstudiet. Vi må nøye oss med det vi kan finne ut om deres faktiske atferd. Anlegger vi et sosiologisk blikk på situasjonen, kan det se ut som om *serve the society*-motivet fra tidligere i århundret nå suppleres med *serve yourself*. Og i selve arbeidet ble det mer og mer *serve the sick*.

Vi skal heller ikke se bort fra at den rent faglige siden ved medisinstudiet hadde tiltrekningskraft. Det skjedde mye i medisinsk vitenskap som også nådde ut til folket, blant annet gjennom pressen, slik som blant andre professor Lochmann hadde sørget for. Sosiale forhold ble også temaer i tiden på en langt sterkere måte enn før. Suksessene innenfor både forebyggende og kurativ medisin kunne gi lyst til å begi seg inn i feltet. *Serve the science*-motivet hadde fått grobunn som tiltrekningskraft til medisinen. Vi vet lite om hvordan unge utdanningssøkende tenkte, men ferdige medisinere store reiselyst for å lære mer, er et indisium på at det forelå atskillig faglig nysgjerrighet. Det medisinske fakultetet var et spennende sted.

Myhre har i sitt oversiktsbind over akademikerne fra Universitetet i Oslo 1811–2011³⁰⁰ diskutert begrepene «brødstudier» og «lyststudier». Med «brødstudier» menes studier som man først og fremst velger for å få seg en levevei, mens «lyststudier» er slike som nok har samme mål, men hvor det er et sterkt allmenndannende element. «Dannelse» var tradisjonelt etterspurt hos alle som aspirerte til å bli embetsmenn. Som embetsmannsskole la derfor Universitetet vekt på «dannelse», slik som våre forbilder og samtidige, sammenliknbare universiteter. Den store vekt på datidens basalfag innen-

300 Myhre JE. *Kunnskapsbærerne 1811–2011. Akademikerne mellom universitet og samfunn*. Oslo: Unipub, 2011. Oppsummerende data om rekruttering m.v. er med tillatelse fra J.E. Myhre jengitt som tabellene 4–8 i kapittel 37 i denne boka.

for legestudiet på 1800-tallet må således ikke bare sees som grunnlag for praktisk legearbeid, men også som en kulturell og vitenskapelig «dannelse». Dette dannelsesaspektet kunne i seg selv ha en tiltrekningskraft for ungdommer som skulle velge framtid. Kan hende var det også det samme dannelsesaspektet fakultetet så innbitt forsvarte i stridighetene om teori og praksis fra 1880-årene og framover?

Selv om noen studenter var i en slik sosial og økonomisk situasjon at de ikke behøvde å tenke så mye på framtidig inntekt, og kunne velge studium mer etter lyst og interesser, var medisinstudiet et «brødstudium» sammenliknet med flere andre av de tilgjengelige studieretningene – man kunne regne med et eller annet arbeid som lege.

Hvor i klassesamfunnet legestudentene kom fra, lar seg beskrive, men er vanskelig å tolke. Mytene om at leger er barn av leger forblir myter når man tenker på at antall leger har økt jevnt, raskt og sterkt. Derfor må nødvendigvis mange ha foreldre med annet yrke. Ser vi på leger uteksaminert gjennom hundre år fra 1829 til 1929, varierte det fra 7% til 15% av kandidatene som hadde legefam, gjennomsnittlig for perioden ca. 7,5%.³⁰¹

En rekrutteringsfaktor som er helt vesentlig helt til etter den annen verdenskrig, er studiefinansieringen. Den måtte man ordne selv. Dette ga en skjevhet i retning av mer velstående klasser. På den annen side fantes det mentorer, velgjørere, stiftelser, fond og andre ordninger som kunne hjelpe fram ubemidlet, evnerik ungdom.

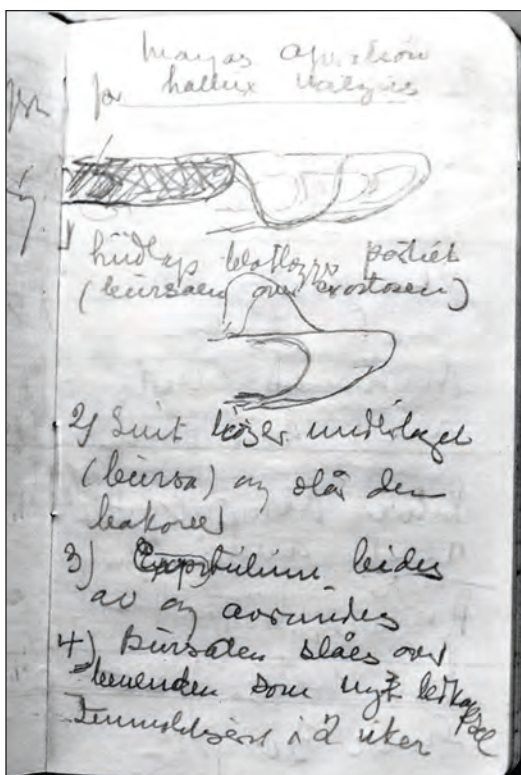
For de medisinske kandidatene uteksaminert mellom 1893 og 1920 var 56 % av de 59 kvinnelige legene som var utdannet inntil 1920 og 62,5% av de nye mannlige legene fra øvre sosiale gruppe, resten fra midlere sosiale gruppe og ingen fra lavere sosiale gruppe.³⁰² At det for kvinnene nyåpnede legestudiet var en tiltrekkende karrierevei for borgerskapets døtre, indikerer også av at 66,1 % av periodens kvinnelige leger kom fra byer, mens bare 57,5 % av de mannlige gjorde det. Likevel ser vi at det er en voldsom rekruttering fra byene, ettersom på denne tiden om lag tre firedeler av befolkningen bodde på landet. Dette ser ut til å holde seg videre en god stund, men datagrunnlaget er ikke så godt.³⁰³

Men uansett – legestudiet ble mer og mer populært utover på 1900-tallet. Her er det en interessant kontrast til Sverige. I perioden 1916–1920 var 10,3 % av samtlige svenske studenter medisiner. Tallene fra Norge er ikke

301 Larsen, Berg, Hodne *op. cit.* (1986) Tabell 4.6. s. 352. For årene 1817–1829 er det absolutte antallet uteksaminerte leger så lite (6) at det sier lite at 17% av dem hadde legefam.

302 Etter Agnes Frølich's hovedoppgave, Bergen 1984, bearbeidet i Larsen, Berg, Hodne. *op. cit.*, 1986.

303 *Norges leger* er for kandidater uteksaminert 1909–1925 utarbeidet slik at opplysningene var samlet inn relativt kort tid etter eksamen, og da er det vanskelig å studere karrieremønsteret.



Figur 72 og 73: Sosial anseelse som lege - men på hvilken måte? Innsats som lege kan gi betydelig sosial anerkjennelse og respekt, og dette kan dermed også være en tiltrekningskraft til legestudiet. Det synes imidlertid klart at det som har veid tyngst for slik anerkjennelse, er det faglige virke, mer enn andre sosiale markører, som økonomi etc. Kfr. allmennmedisinen i etterkrigstiden, da økonomien gikk opp og fagets anseelse ned. Dr. Nicolay Benjamin Batt (1865–1932) i Namsos er her valgt som eksempel. Han oppdaterte seg faglig gjennom studiereiser, se det tilfeldig valgte etterlatte dagboknotatet som beskriver en hammertåoperasjon. (Foto: Øivind Larsen 2012)

Og det er vel få leger som har fått en så storslått begravelse som dr. Batt! (Ukjent fotograf) (Se: Moen OØ. op.cit. 2012).



direkte sammenliknelige, men vi vet at for de samme årene var hele 463 av de 1635 studentene som hadde begynt på sine studier ved Det kongelige Frederiks Universitet, dvs. hele 28,3 %, medisinere.³⁰⁴ Når vi ser på antall medisinestudenter i forhold til totalt antall studenter ved universitetene, eventuelt i forhold til tall for andre fakulteters studenter, må vi ha tankegangen om «brødstudier» og «lyststudier» i bakhodet. Hvis medisin synes særlig populært, kan det skyldes at andre studier er mindre populære, simpelthen fordi de gir dårligere framtidssikter. Med en gunstig studiefinansieringsordning kan man kanskje koste på seg å være litt kortsiktig i valg av fagkrets i studiet, selv om risikoen for å utdanne seg fram til arbeidsløshet er til stede.

Når vi konstaterer det faktum at en vanlig legekarriere tidlig på 1900-tallet gjerne besto i å ende opp i en eller annen form for privat praksis som kunne være godt betalt, må vi også vurdere hvordan denne tiltrekningskraften forholdt seg til det ofte omtalte, men vage begrep *kall*.³⁰⁵ For studentene begynte på en utdanning som de visste var både kostbar og – som vi har sett – farlig for egen helse!

Dessuten visste de som søkte seg inn på medisin at dette kom til å vare *lenge*.

På 1800-tallet tok de fleste leger eksamen i 25–26-årsalderen. Men da studenttilstrømmingen økte, oppsto det *ventetider*, fordi kapasiteten ved obligatoriske kurs, klinisk tjeneste og andre nødvendige undervisnings-elementer simpelthen ikke var stor nok. I 1930 var typisk studietid sju år, men det var også noen som hadde måttet bruke åtte og et halvt. Dette kunne være et langt nok studium, men hva skjedde? I 1939 lå medianen på hele ni og et halvt år. Kandidaten med færrest studieår bak seg hadde vært åtte år ved fakultetet, mens en hadde vært medisinestudent i hele tretten år. Slik kunne det ikke fortsette!

Hvor ble det av dem?

Egentlig ligger de nyutdannede kandidatenes videre skjebne utenfor temaet når vi konsentrerer oss om fakultetets historie. Men på den annen side gjør det ikke det, fordi vi må anta at karrierevalget for mange har vært planlagt, i ethvert fall i grove trekk, slik at f. eks. studentenes holdninger til studiet og dets faglige innhold er preget av dette. Derfor skal vi senere i teksten se nærmere på *spesialisering*.

³⁰⁴ Etter Palmstrøm (1935) i Larsen & al. *op. cit.*, 1986.

³⁰⁵ Palmstrøm (1935) regnet ut at leger bosatt i en by i 1929 tjente 1,7 ganger så mye som tilsvarende tannleger og fire ganger så mye som folk i andre, selvstendige immaterielle yrker. Legene i byene tjente til og med litt mer enn tilsvarende advokater og sakførere.

Om de sosiale forhold vet vi at mange av de nye medisinerkandidatene giftet seg noen år etter at de hadde tatt eksamen. I den perioden vi her legger hovedvekten på, nemlig før Den annen verdenskrig, var dette i samsvar med tidens skikk. Man giftet seg ikke før man kunne fø en familie. Men tidsavstanden mellom eksamen og giftermål avtok med årene. Likevel – med et langt studium ble derfor giftermålsalderen høy, og dette har betydning for videre faglig karriere. Behovet for å falle til ro med trygg lønn og familieliv var merkbart. Kanskje forklarer dette en del av rekrutteringen til privat praksis blant leger som man vil kunne anta burde hatt noe mer sykehuserfaring?

I sin studie av kvinnelige leger avlivet Frølich³⁰⁶ myten om at kvinnelige leger oftere forblir ugifte, et synspunkt som er basert på antakelsen om at inngåelse av ekteskap kan være en hemsko for en kvinnelig leges karriere, mens det for en mannlig lege gjerne er omvendt. De kvinnelige legene Frølich studerte, hadde samme tall for inngåelse av ekteskap som befolkningen for øvrig. Myten er likevel interessant – for hvis vi antar at ekteskap for en kvinnelig lege *kan være* vanskelig med henblikk på videre karriere, må konklusjonen være at de kvinnelige legene veier ekteskap mot karriere og likevel gifter seg. Det finnes verdier i livet som føles like viktige som en eventuell bremse i medisinerkarrieren.

I alle fall kunne Tore Lindbekk vise i 1967³⁰⁷ at hvis man så på hvor leger uteksaminert 1910–1939 befant seg i karrieren ti år etter eksamen, og sammenholdt dette med geografisk og sosial bakgrunn, var 45 % av dem som hadde akademikerbakgrunn og var fra Oslo sykehusleger. Ved annen bakgrunn lå dette på 28–36 %. Da han så på sluttstillingene, viste det seg at de fra Oslo med akademikerbakgrunn også da lå høyest med 34,0%. Andre lå lavere, og av dem som hadde bakgrunn fra en bonde-, arbeider- eller håndverkerfamilie, var bare 19 % i en sluttstilling ved sykehus. De lå også lavest når det gjaldt å ha sykehusstilling ett år etter embetseksamen.

Hva betyr dette? Det kan tolkes som at det er dyptliggende sosiale gradienter i karriereforløpene. Sett fra en fakultetshistorisk synsvinkel kan det imidlertid også tolkes som at det for store grupper av legene forelå et betydelig videre- og etterutdanningsbehov.

306 Frølich A. *op. cit.* (1984) s. 59.

307 Lindbekk er her sitert etter Larsen, Berg, Hodne. *op. cit.* (1986) tab. 4.13. s. 365.