

# Da legene skulle autoriseres

## Sammendrag

I 1927 inntraff en skjellsettende, men i ettertid lite påaktet hendelse i den norske legeprofesjonens historie. Det ble da bestemt ved lov at kandidater fra Det medisinske fakultet i Oslo måtte autoriseres av statsadministrasjonen for å kunne kalle seg lege og praktisere som lege.

Autorisasjonsspørsmålet splittet legeprofesjonen i toppen. Kløften ble dyp, både i Legeforeningen og i Det medisinske fakultet. Leger som ønsket autorisasjon var få i tallet, men ble hørt da myndighetene bestemte at Sosialdepartementet skulle tildele – og tilbakekalle – autorisasjon.

Spørsmålet om autorisasjon – en særlig fullmakt til å kalle seg lege og utøve legerket – handlet ikke om å styrke legenes monopol på medisinsk virksomhet, men om å skjerme legefelleskapet mot «uskikkede» medisinere. Det må ses i sammenheng med at vilkårene for legerket var blitt kastet om fordi det private marked hadde erstattet offentlig sektor som legenes største yrkesarena. Det gjaldt å vinne befolkningens tillit i en tid da legene mente å oppleve et fall i autoritet og status.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

## Per Haave\*

per.haave@iakh.uio.no  
Sykehuset Innlandet  
Divisjon Psykisk helsevern  
Divisjonsdirektørens stab  
Postboks 68  
2312 Ottestad

\* Nåværende adresse:  
Styrmoes vei 50  
3043 Drammen

Frem til 1927 fikk medisinske kandidater fra universitetet i Oslo automatisk praksisrett ved bestått embetseksamen og avlagt legeløfte samt utført praktikantjeneste i studietiden. Jeg vil i denne artikkelen drøfte to spørsmål: Hvorfor ønsket man å avvikle ordningen med automatisk praksisrett? Hvilke formål skulle autorisasjon tjene?

## Fra automatisk praksisrett til autorisasjon

Ordningen med automatisk praksisrett skriver seg fra den danske universitetsloven av 1788 (1), kravet om praktikantjeneste i studietiden og legeløftet fra en revisjon av det norske reglementet for medisinsk embetseksamen i 1877 (2).

Autorisasjonsreglene i legeloven av 1927 innebar en ny form for regulering av legestanden. Sunnhetsloven av 1860 og lov om offentlige legefóretninger av 1912 handlet om legenes oppgaver og forpliktelser som offentlig ansatte, ikke om adgangen til å drive legepraksis (3). Legeloven gjaldt dessuten alle leger, ikke bare offentlig ansatte. Samtidig ble den formelle betegnelsen på leger med akademisk utdanning fra Norge endret fra «examinerede» til «autoriserede» leger.

## Opptakten til en legelov

Spørsmålet om en legelov ble reist under forarbeidene til straffeloven av 1902. Bakgrunnen var et forslag i lovutkastets «doktorparagraf» (§ 388) om straff for leger – og jordmødre – som nektet å yte «påtrengende» hjelp. Det vakte reaksjoner.

Legeforeningen utredet. I en uttalelse til Stortinget ble det uttrykt forståelse for straffebestemmelsen, men foreningen kunne ikke akseptere at en lege pga. urimelige krav om øyeblikkelig hjelp skulle kunne risikere tap av tillit og anseelse ved å bli brakt inn for domstolen. Selv om han ble frifunnet, ville det klebe «en vis mistanke

ved ham under hans hele fremtidige virksomhet» (4, 5).

Da straffelovutkastet ble politisk behandlet i 1902, gikk et flertall av de folkevalgte imot straffebestemmelsen. Den ville føre til en urimelig mistenkeliggjøring av legestanden og kunne dessuten brukes til å reise uberettigede anklager mot enkeltleger (6, 7).

## Legers adgang til yrkesutøvelse

Leger og folkevalgte ville løse problemet med en lov om legers rettigheter og plikter. Det resulterte i to lovutkast der man også tok opp spørsmålet om adgangen til legerket. «Den kgl. lægelovkommission», som leverte det første lovutkastet, foreslo å opprettholde ordningen med automatisk praksisrett (8). Utkastet ble imidlertid liggende, fordi man først ville bringe i havn loven om offentlige legefóretninger, og der nest få nyordningen av det sivile legevesenet gjennomført over hele landet (9). Først i 1920 vendte Sosialdepartementet tilbake til saken. Året etter avga en ny komité innstilling med forslag om statsautorisasjon (10).

## Lite å vinne med statsautorisasjon

Legelovkommissionen så en fordel med statsautorisasjon, som var blitt innført i bl.a. Tyskland og Sverige. Praksisretten kunne holdes tilbake inntil det forelå «betryggende» opplysninger om vedkommende. Med gjeldende ordning kunne selv kandidater som var «henfalden til livsvaner av aandssvækkende art, eller hvis vandel eller færd forøvrigt er mislig», avlegge embetseksamen og dermed nyte «alle en læges rettigheter uden at kunde berøves disse», med mindre han begikk en straffbar handling.

Etter å ha rådført seg med Det medisinske fakultet, endte kommisjonen likevel opp med å foreslå gjeldende ordning kodifisert

## Hovedbudskap

- I 1927 ble automatisk praksisrett for medisinske studenter avløst av statsautorisasjon
- Formålet var å sikre legene befolkningens tillit ved å utestenge «uskikkede» yrkesutøvere
- En liten gruppe innflytelsesrike leger la premissene, motstanderne fryktet for legeprofesjonens autonomi



**Figur 1** Rasmus Hansson (1859–1934), Legeforeningens mangeårige generalsekretær (1900–24), gikk tidlig imot statsautorisasjon. Da autorisasjon etter hvert syntes uunngåelig, gikk han i bresjen for at Det medisinske fakultet og ikke staten skulle tildele og tilbakekalle autorisasjon, en løsning som ikke ble underkastet politisk behandling. Portrettet er malt av Otto Valstad (1925) og henger i Legenes hus. Foto Tidsskriftet

sert, men med et tillegg som gjorde praksisretten betinget av en ev. «praktisk tjeneste» etter embetseksamen. Fakultetet hadde lagt vekt på at det ikke var noe «reelt» å vinne ved å la «en annen autoritet» tildele praksisretten, så lenge den ble tildelt på grunnlag av fakultetets vitnemål (8).

*Statsautorisasjon – en forutsetning for tillit* Sosialdepartementets lovkomité, en legeting komité med bl.a. to professorer og en representant for Legeforeningen, konkluderte enstemmig. Ordningen med automatisk praksisrett burde erstattes med statsautorisasjon. For å bli autorisert måtte søkeren først ha bestått embetseksamen, avlagt legeløftet og ha gjennomført ev. obligatorisk tjeneste etter eksamen. I tillegg måtte han fremlegge en «moralisk» vandelsattest, fortrinnsvis utstedt av offentlig tjenestemann.

Komiteen fant autorisasjon nødvendig for å forvise befolkningen om at vedkommende var skikket for legegjerningen. Derfor ble det lagt stor vekt på «moralisk vandell» – «forhold, hvor der ikke foreligger grov forsyndelse mot almindelige anerkjente moralprinsipper». Og det var nettopp vektleggingen av dette som begrunnet statsautorisasjon. Fakultetet kunne ikke nekte en antatt uskikket kandidat å ta eksamen og avlegge legeløfte, like lite som det kunne gis myndighet til å frata en uskikket lege autorisasjon (10).

### En splittet profesjon

I tidsrommet 1905–22, fra den første uttalelsen fra Det medisinske fakultet til de siste uttalelsene om autorisasjon før spørsmålet ble underkastet politisk behandling, slo autorisasjonsspørsmålet som en kile inn i både Legeforeningen og Det medisinske fakultet.

Et flertall av legene som Legeforeningen først satte på saken, gikk i motsetning til foreningens politiske ledelse, især generalsekretær Rasmus Hansson (1859–1934), inn for statsautorisasjon (fig 1). Senere fikk de følge av et mindretall ved Det medisinske fakultet. I 1922 lanserte profesjonsforeningens politiske ledelse en tredje vei: autorisasjon burde tildeles av fakultetet og tilbakekalles av staten. Forslaget ble imidlertid ikke fulgt opp av myndighetene, og det skal derfor ikke vurderes nærmere her (11).

### En trussel mot profesjonsautonomien

Hvorfor ble statsautorisasjon avvist? Det var lite å vinne. Slik argumenterte Det medisinske fakultet i 1905, og slik argumenterte et flertall av professorene i 1922 (9). I mellomtiden hadde Johan Tandberg (1854–1928) i Legeforeningens bestyrelse – foreningens utøvende organ som også omfattet forretningsutvalget (fra 1924 sentralstyret) – levert krasse argumenter mot statsautorisasjon.

Tandberg tok det for gitt at statsautoriserte leger måtte «indordne sig under administrationens bestemmelser», også i tilfeller der disse sto i motsetning til hva legene «efter sin stilling selv tror at skyldte samfundet». Han fryktet for «lægestandens uavhengige stilling» og frarådte på det sterkeste å gjøre praksisretten betinget av autorisasjon fra «en administrativ myndighet» som var «avhengig av folkeopinioner og utstyret med effektive magtmidler». Fremfor alt trodde Tandberg at statsautoriserte leger ville bli avmektige i en ev. konfliktsituasjon med de offentlige sykekassene som skulle etableres ved iverksettningen av sykeforsikringsloven av 1909 (12).

### En garanti for skikkethet

Tandberg uttalte seg som medlem av komiteen bestyrelsen hadde oppnevnt for å levere en uttalelse om lovutkastet fra 1908. Han utgjorde komiteens mindretall. De øvrige fem medlemmene – med Kristian Brandt (1859–1932) (fig 2) i spissen – ville ha statsautorisasjon som «en i alle tilfælde nødvendig betingelse» for å oppnå praksisrett. Universitetet verken kunne eller burde ta praksisretten fra uskikkede leger, like lite som det burde få myndighet til å tildele autorisasjon.

Hvorfor? Jo, fordi universitetet var en undervisningsinstitusjon, og ikke en sentraladministrasjon. Derfor lå det «udenfor dets naturlige opgave at give eller fratage retten til at drive en vis næring». Fakultetets oppgave var å tildele eksamensbevis. Men bestått kunnskapsprøve, avlagt legeløfte og gjennomført praktikantjeneste var kun «en meget ringe garanti» for hvorvidt vedkommende var skikket for legegjerningen. Uteksaminerte leger burde derfor autoriseres særskilt av sentraladministrasjonen.

På den andre siden ville administrasjonen være avhengig av fakultetets kunnskaper om den enkelte kandidat. Derfor foreslo de at fakultetet skulle uttale seg om vedkommende eventuelt led av «moralske brøst eller nogen sygelig tilstand» som gjorde autorisasjon utilrådelig (12).

Fire professorer, hvorav to hadde sittet i Sosialdepartementets lovkomité, argumenterte for statsautorisasjon på samme grunnlag, da fakultetet fikk komiteens lovutkast til uttalelse. Universitetet skulle garantere for kandidatens faglige kvalifikasjoner, ikke bedømme hvorvidt en kandidat hadde «psykiske eller moralske defekter» som gjorde ham «uskikket for lægegjerningen» (9).

### Statsautorisasjon lovfestes

I 1924 fremmet Abraham Berges (1851–1936) borgerlige koalisjonsregjering innstillingen fra Sosialdepartementets lovkomité som proposisjon (9). Da hadde medisinaldirektør Mathias Gram (1875–1929) levert to i departementets øyne vektige grunner for statsautorisasjon. For det første ville ev. regler om obligatorisk praktikantjeneste føre til at Det medisinske fakultet tapte kandidatene av syne før de var ferdigutdannet. «Og et år ute i virksomhet på betydelig øket, om enn ikke helt selvstendig ansvar er et fullt så godt grunnlag for bedømmelse av en mann som en rekke års nogenlunde passiv kunnskapstilegnelse,» mente Gram. For det andre ville man – når Bergen en gang fikk sitt medisinske fakultet – vanskelig kunne oppnå en ensartet bedømmelse av kandidatene, dersom begge fakulteter skulle tildele autorisasjon (9).

Det skulle gå lang tid fra proposisjon til lovvedtak, fordi saken ble trenert av «stortingslegen» Sveder Bang (1868–1931) (Frisinnede Venstre) (fig 3). Da Odelstinget i april 1924 sendte proposisjonen til Stortingets næringskomité nr. 2, som den gang tok hånd om alle medisinalsaker, uttalte Bang – fagkomiteens nestformann – at han fant loven «helt overflødig», og når den tid kom, ville han stemme for at den ikke skulle behandles (13). Det var en forhåndsprosedyre tingmennene sjelden var vitne til.

I neste omgang fikk Bang overbevist fagkomiteens medlemmer om at proposisjonen ikke burde behandles; den var for stor til å bli behandlet mot slutten av en sesjon. Odelstinget godtok begrunnelsen (14, 15). Det samme skjedde året etter, da Johan L. Mowinckels (1870–1943) første regjering fremmet proposisjonen på nytt (16–18).

Først i april 1926 la fagkomiteen frem innstilling (19). Bang hadde forgojes forsøkt å overbevise medlemmene om at lovforslaget bygde på «en sterk mistillid til hele den norske lægestand». Dessuten ville den «bevirke en gjennomgripende forandring i lægenes forhold». Han siktet spesielt til autorisasjonsreglene.

Senere forsøkte Bang å få Odelstinget til å avvise saken, men vant liten støtte, selv blant «stortingslegene». Karl Wefring (1867–1938) (Frisinnede Venstre), daværende statens overlege for sinnssykevesenet og fra sommeren 1927 medisinaldirektør, fant for så vidt en legelov overflødig, men til en viss grad «nyttig» (fig 4). Han la da særlig vekt på at administrativ myndighet som daglig skulle «våke over lægenes utøvelse av sin virksomhet», fikk «et ord med i laget», og at det var «lempeligere» å frata en uskikket lege praksisretten ved å tilbakekalle autorisasjon enn å reise straffesak, som ville være alternativet dersom gjeldende ordning skulle opprettholdes (20).

Legeloven ble vedtatt våren 1927 med autorisasjonsregler som foreslått av Sosialdepartementets lovkomité. Det medisinske fakultet fikk i oppgave å bistå Sosialdepartementet med opplysninger om den enkelte søker.

### Legeautorisasjon i et profesjonshistorisk perspektiv

I profesjonssosiologien er autorisasjon av leger, især innen den angloamerikanske maktteoretiske varianten, mest typisk blitt sett på som et instrument i legeprofesjonens forsøk på «sosial inngjerding», eller monopolisering av yrkesfelt og arbeidsoppgaver (21, 22). Et slikt perspektiv kaster lite lys over etableringen av den norske autorisasjonsordningen.

I Norge var legenes inngjerding lenge knyttet til grensetrekking mellom medisiner og ikke-medisiner. I første omgang ble «monopolområdet» definert i medisinalforordningen av 1672, senere i kvakksalverlovgivningen fra 1794 og utover. Tidvis ga akademiske leger uttrykk for at ikke-medisiner hadde altfor lett adgang til pasientbehandling, og forsøkte å få gjort kvakksalverlovgivningen mer restriktiv (23). Men når enkelte leger tidlig på 1900-tallet ville sette autorisasjon som vilkår for praksisrett, var dette ikke begrunnet i et ønske om å trekke et skarper skille mellom medisiner og ikke-medisiner. Formålet var å verne legeprofesjonen mot uskikkede medisiner.

Blikket må derfor vendes mot legenes yrkesetiske idealer. Slike idealer ble ofte tematisert i eldre profesjonssosiologi, men da som karaktertrekk ved en profesjon (24). I liten grad ble idealene sett i sammenheng med den samfunnsutviklingen som ga dem bærekraft, og som gjorde dem til instrumenter i legenes forsøk på å styrke sin autoritet og heve sin status. I nyere tid er en slik politisk fremfor etisk begrunnelse av yrkesutøvernes «moralske standard» blitt beskrevet som et allment trekk i en tidlig fase i legenes profesjonsutvikling (25).

Når yrkesetiske idealer fikk stor profesjonspolitisk betydning ved overgangen til 1900-tallet, må det ses i sammenheng med at legene opplevde at deres autoritet og status var truet, først og fremst som følge av

nye vilkår for yrkesutøvelsen, men til en viss grad også pga. en bredere sosial rekruttering til legeyrket.

### Yrkesstruktur og sosial rekruttering i endring

Medisinstudiet i Norge hadde i utgangspunktet som formål å kvalifisere kandidater for stillinger i offentlig sektor, og legeyrket var lenge mest typisk en embetsoppgave. Dette endret seg mot slutten av 1800-tallet, da tallet på nye leger langt overgikk antallet offentlige legestillinger. Mange måtte derfor slå seg ned som privatpraktiserende, en utvei som den private etterspørselen etter legetjenester vokste (26). I 1910 utgjorde privatlegene rundt 60 % av landets leger, mot 7,5 % i 1832 (27).

Fortsatt hadde storparten av legene sin bakgrunn i dannelsesborgerskapet og det økonomiske borgerskapet, men fordi veien til høyere utdanning ble videre, kom stadig flere fra lavere sosiale sjikt (28). Legestanden fyltes med «skarer av læger, oppdragne under de mest forskjellige livsvilkår og fra de forskjellige samfunnsklasser», kommenterte Edvard Kaurin (1839–1917), som selv tilhørte dannelsesborgerskapet (29).

### Utilbørlig konkurranseatferd

Ny yrkesstruktur endret vilkårene for yrkesutøvelse. Privatlegene hadde ikke samme økonomiske sikkerhet som kolleger i statens tjeneste. Offentlige leger var uavsettelige og hadde fast inntekt, selv om lønns- og pensjonsbetingelsene – især for distriktslegene – ofte var dårligere enn for andre embetsmenn (26). Privatlegene var i prinsippet sine egne arbeidsgivere. Levebrødet måtte baseres på salg av legetjenester, og de som ikke hadde avtale med kollektive kjøpere av legetjenester, var prisgitt folks betalingsevne.

For å sikre levebrødet begynte enkelte leger å avvertere sin praksis og å ta lavere honorar enn nært arbeidende kolleger. Selv om dette ble forstått, ble det oppfattet som ukollegialt og i strid med en altruistisk handlingsnorm (30). «For den, der arbeider under et økonomisk tryk, er det ikke saa let at holde ideenes fane høit» (31). Men å forstå var ikke ensbetydende med å akseptere. Den tilårskomne brigadelegen Jacob Vogt (1819–1906) så en yrkesetikk i forfall og et samhold i oppløsning. Han mintes standsfelleskapet i embetsmannsstaten (1814–84) og de altruistiske normene som den gangen hadde forpliktet yrkesutøvere i offentlig sektor. Økonomisk vanskeligstilte leger kunne nok på kort sikt tjene på å opptre ukollegialt, men «standens anseelse» ville bli mindre (32). Tidsskriftet sluttet seg til: «En mindre hæderlig eller rent ud uhæderlig adfærd i kollegial henseende bliver en plet ikke alene paa den enkelte, men paa standen i sin helhed; den nedbryder det kollegiale forhold, som er en nødvendighed baade for os selv og af hensyn til publikum, og den uret,



**Figur 2** Kristian Brandt (1859–1932) var professor og overlege 1906–30, først ved Fødselsstiftelsen, senere ved Rikshospitalets kvinneklinikk. Han var Legeforeningens president 1910–11. Brandt deltok flittig i komitéarbeid og egget ofte til strid med sine standpunkter, slik som da han i 1909 gikk inn for statsautorisasjon. Men han uttalte seg ikke til fordel for statsautorisasjon da Det medisinske fakultet fikk lovutkastet fra 1921 til vurdering. Kristofer Sinding-Larsen: Kristian Brandt, 1922. © Kristofer Sinding-Larsen/BONO 2007. Foto Foto- og videoavdelingen, Rikshospitalet. Materiet henger på Kvinneklinikken, Rikshospitalet

som ved en saadan adfærd paaføres den enkelte, rammer tillige den hele stand. I saadanne tilfælde bør vi derfor ikke staa som tause tilskuere og af falsk undseelse vægre os for at gribe ind» (33).

*Etiske regler – kontroll av yrkesbrødre*  
Legeforeningen ville samle alle leger, og øve kontroll. Fremfor alt gjaldt det å forhindre fremveksten av en konkurranseatferd blant yrkesutøverne. Jacob Vogt formulerte det slik: «Det er en saadan utvikling, man vil forebygge ved at komme overens om love, som tjener til at holde lægesamfundet oppe saavel i det hele som ved dets enkelte lemmers færden» (32).

Så lenge legeyrket var innleiret i en byråkratisk organisasjonsform, hvilte legenes autoritet og status på deres posisjon i byråkratiet, der yrkesutøvelsen var styrt av embetsmannsstatens verdier og normer. Med forvitringen av embetsmannskulturen (34) og oppkomsten av et større privat legeomarked mot slutten av 1800-tallet, mistet legene et viktig grunnlag for autoritet og status. «Det er ikke som i gamle Dage. Vi er os selv nu,» bemerket Berend Vedeler (1836–1909) i 1887 (35).

Legene oppfattet ikke lenger sin posisjon i samfunnet som selvsagt, den måtte hevdes, og den kunne ikke opprettholdes uten på vilkår. Legene måtte vise evne til

å ivareta andre interesser enn sine egne. Med en dominerende privat praksis måtte deres stilling nødvendigvis bero på tillit i befolkningen. Da var verken akademisk utdanning eller organisering tilstrekkelig. Til tross for veksten i tallet på kvalifiserte og organiserte leger, nøy kvakksalvere ennå ved utgangen av 1800-tallet forholdsvis stor tillit i befolkningen.

Legeforeningen tok tak. Befolkningens tillit skulle vinnes og opprettholdes ved å disiplinere «uhæderlige» yrkesbrødre. Det første skrittet i retning av formell selvjustis ble tatt med innføringen av yrkesetiske regler i 1891. Edvard Kaurin, og flere med ham, beskrev formålet på denne måten: «at faa opdraget en lægestand, der [...] vil udføre sin gjerning til de syges sande vel og til standens ære og hæder i fuldt ansvar af sit alvorsfulde kald, til opnaaelse af fuld agtelse og tillid og den fornødne hensynsfuldhed hos sine medmennesker» (29).

#### *Selvregulering versus ytre kontroll*

Autorisasjonstenkningen tidlig på 1900-tallet, som ledet opp til lovvedtaket i 1927, må ses i forlengelsen av den bekymringen som hadde begrunnet Legeforeningens yrkesetiske regler. Bekymringen over uskikkede yrkesutøvere i egne rekker var på ingen måte forbeholdt leger som ønsket statsautorisasjon; den var like stor blant motstanderne: Det gjaldt å «holde standen ren for udvækster» (36). Når autorisasjonsspørsmålet likevel splittet, skyldtes dette ikke ulike syn på behovet for regulering. Det som splittet, var spørsmålet om hvordan standen skulle vernes – om adgangen til legeyrket skulle reguleres av profesjonen selv i regi av universitetet eller av statsadministrasjonen.

Motstandere av statsautorisasjon fryktet for legenes autoritet og autonomi. Selv om argumentasjonen ble lite utviklet, synes den å være festet i en forestilling om at samfunnet ville være best tjent med en selvstyrt legestand, og at bare leger var kompetente til å regulere legeyrket og dens utøvere. Standpunktet må ses i sammenheng med at tiden var preget av en sviktende tillit til at statlige myndigheter ville legestandens beste (26).

Men ikke alle lot det spente forholdet mellom profesjon og stat prege synet på statsautorisasjon. For statsautorisasjonens advokater var ytre kontroll en nødvendig forutsetning for at legene skulle kunne skape og opprettholde tillit i befolkningen. Det var ikke mulig – og heller ikke ønskelig – for Det medisinske fakultet å øve slik kontroll. Dessuten forpliktet Legeforeningens yrkesetiske regler kun foreningens medlemmer. Selv om medlemskap ble sett på som naturlig, var det ikke obligatorisk. Det ble antatt at uorganiserte leger var «mindre nøieregnende og lovlydige» (9). Med statsautorisasjon kunne også uorganiserte leger kontrolleres. Argumentasjonen illustrerer et sentralt poeng i maktteoretisk profesjonsso-



**Figur 3** Sveder Bang (1868–1931) var en politisk aktiv og samfunnsengasjert lege med stor interesse for sanitetsarbeid. Han deltok på serbisk side i Balkankrigen (1912–13) og på engelsk side under den første verdenskrig (1915–16). Han satt på Stortinget fra 1920 til 1930, og som nestformann i Stortingets næringskomité nr. 2 (1922–27) kjempet han utrettelig og til slutt nok så alene, men forgyves mot statsautorisasjon av leger. Foto © Stortingsarkivet



**Figur 4** Karl Wefrings (1867–1938) innflytelse ble knapt overgått av noen annen lege, uttalte Reidar Gording etter Wefrings død. Wefring møtte på Stortinget i flere perioder 1916–27 og var fire ganger landets forsvarsminister. Han var bl.a. Legeforeningens president, landets første overlege for sinnsykevesenet, medisinaldirektør og Rikshospitalets direktør. De folkevalgte lyttet til Wefring i medisinalpolitiske spørsmål. Hans pragmatiske uttalelser til fordel for statsautorisasjon svekket nok kraften i Bangs motargumentasjon. Foto © Stortingsarkivet

siologi: Legene sikrer sin profesjonelle status og autoritet – og også autonomi – best i allianse med statsmakten (21, 37).

I et profesjonshistorisk perspektiv kan det derfor hevdes at legelovens autorisasjonsregler fullbyrdet overgangen fra et uformelt standsfelleskap til et mer formelt profesjonsfelleskap, en utvikling som fikk fart med stiftelsen av Legeforeningen i 1886. Først med legeloven ble det etablert en ordning som skulle garantere for at profesjonsmedlemmene var «hederlige», en foranstaltning som var ment å sikre legene tillit i befolkningen, og dermed trygge legenes autoritet og status.

### Nyordning uten motstand

Da legeloven var brakt i havn, bemerket Tidsskriftet at kullet som skulle eksamineres julen 1927, ville få praksisrett «først etter at være autorisert av departementet». Noen nærmere vurdering ble ikke gitt (38). Heller ikke Jørgen H. Berner (1883–1964), som i 1925 etterfulgte Hansson som Legeforeningens generalsekretær, hadde gått spesielt inn på autorisasjonsspørsmålet i sitt foredrag om legelovforslaget på landsmøtet i 1926. I stedet festet han seg ved andre punkter i lovutkastet. Autorisasjonsspørsmålet ble heller ikke drøftet etter Berners foredrag. I det hele tatt ble legeloven knapt diskutert (39, 40).

Meningen om autorisasjon hadde delt seg skarpt i legenes profesjonelite. Så ble det brått stille, og statsautorisasjon ble innført uten motstand fra Legeforeningens politiske ledelse. Kanskje mente Berner – i motsetning til Hansson – at løsningen bidro til å utvide grunnlaget for befolkningens tillit til legene. Fortsatt skulle Det medisinske fakultet garantere for legenes kunnskaper og Legeforeningen skulle etter beste evne øve kontroll med medlemmenes atferd etter embetseksamen. Det nye besto i at staten, med bistand fra fakultetet, skulle garantere for at kun leger med «hederlig vandel» ble opptatt i legefelleskapet, og at staten kunne ekskludere dem som senere viste seg uskikket for legegjerningen, enten det dreide seg om organiserte eller uorganiserte leger.

*Jeg takker Peder Anker, John Peter Collett og Kari Ronge for gode råd.*

### Litteratur

1. Gottfredsen E. Medicinens historie. 2. utg. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, 1964.
2. Larsen Ø. Legestudent i hovedstaden – medisin på stadig nye måter. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2002.
3. Schiøtz A. Folkets helse – landets styrke 1850–2003. Det offentlige helsevesen i Norge 1603–2003. Bd. 2. Oslo: Universitetsforlaget, 2003.
4. Kristiania amtslægeforening. Tidsskr Nor Lægeforen 1900; 20: 174–8.
5. Det nye straffelovsudkastets bestemmelser der vedrører lægestanden. Til Den norske lægeforenings bestyrelse. Tidsskr Nor Lægeforen 1901; 21: 940–50. O.tid. 637–53 (15.1.1902), 802–13 (24.1.1902), 1054–60 (8.4.1902).
7. L.tid. 233–44 (19.2.1902), 322–35 (15.4.1902).

8. Indstilling fra Den kongelige lægelovkommission. Kristiania 1908.
9. Ot.prp. nr. 28 (1924). Om utfærdigelse av lov om lægers rettigheter og plikter m.v.
10. Innstilling til 1. Lov om lægers rettigheter og plikter. 2. Lov om tannlægers rettigheter og plikter. Kristiania 1921.
11. Forretningsutvalgets uttalelse om utkast til lov om lægers rettigheter og plikter. Tidsskr Nor Lægeforen 1922; 42: 202–8.
12. Forslag til lov om læger og tandlæger samt forandringer i kvaksalverlovgivningen. Uttalelse fra en av lægeforeningens bestyrelse nedsatt komité. Tidsskr Nor Lægeforen 1909; 29: 688–705.
13. O.tid. 344 (29.4.1924).
14. Innst. O. nr. 120 (1924). Innstilling fra næringskomité nr. 2 om ikke-behandling av ot.prp. nr. 28 angående lægers og tannlægers rettigheter og plikter.
15. O.tid. 1222 (1.8.1924).
16. Ot.prp. nr. 10 (1925). Om utfærdigelse av lov om lægers rettigheter og plikter m.v.
17. Innst. O. nr. 104 (1925). Innstilling fra næringskomité nr. 2 om ikkebehandling av Ot. prp. nr. 10 (1925) angående lægers og tannlægers rettigheter og plikter.
18. O.tid. 552 (1.7.1925).
19. Innst. O. XIII (1926). Innstilling fra næringskomité nr. 2 angående lov om lægers rettigheter og plikter m.v.
20. O.tid. 271–300 (17.3.1927).
21. Freidson E. The profession of medicine. New York: Dodd, Mead, 1970.
22. Larsen MS. The rise of professionalism: a sociological analysis. Berkeley, CA: University of California Press, 1977.
23. Mønseng OG. Ansvar for undersåttens helse 1603–1850. Det offentlige helsevesen i Norge 1603–2003. Bd. 1. Oslo: Universitetsforlaget, 2003.
24. Parsons T. The professions and social structure. Social Forces 1939; 17: 457–67.
25. Pellegrino ED. Professionalism, profession and the virtues of the good physician. Mt Sinai J Med 2002; 69: 378–84.
26. Schiøtz A. Doktoren. Distriktslegenes historie 1900–1984. Oslo: Pax, 2003.
27. Larsen Ø. Leger i Norge. I: Larsen, Ø, Berg O, Hodne F. Legene og samfunnet. Oslo: Seksjon for medisinsk historie, Universitetet i Oslo/Den norske lægeforening, 1986.
28. Aubert V, Torgersen U, Tangen K et al. Akademikere i norsk samfunnsstruktur 1800–1950. Tidsskrift for samfunnsforskning 1960; 1: 185–204.
29. Kaurin E. Bestyrelsens forslag om «code of ethics». Forhandlinger og foredrag paa det 3dje norske lægemøde i Bergen 27de, 28de og 29de august 1889. Kristiania, 1890.
30. Hansson R. De norske lægers fremtidsudsigter og deres retslige stilling. Tidsskr Nor Lægeforen 1892; 12: 14–28, 49–68.
31. Galtung J. Om lægernes økonomiske stilling, honorarer, udstedelse af regninger o. s. v. Tidsskr Nor Lægeforen 1890; 10: 459–65.
32. Vogt J. Om hvorledes medlemmer af den norske lægeforening skal stille sig ligeoverfor kolleger, som ikke har sluttet sig til foreningen. Tidsskr Nor Lægeforen 1890; 10: 422–8.
33. [Redaksjonell bemerkning til] Meyer H. Hr. brigadefølgende «teses». Tidsskr Nor Lægeforen 1891; 11: 71–77.
34. Try H. To kulturer – en stat. 1850–1884. Norges historie. Bd. 11. Oslo: Cappelen, 1979.
35. Sag Nr. 1. Den medicinske Undervisning. Forhandlinger og Foredrag paa Det 2det Norske Lægemøde i Kristiania 8de, 9de og 10de Sept. 1887. Kristiania, 1888: 6–43.
36. Hansson R. Lægers jus practicandi. Tidsskr Nor Lægeforen 1902; 22: 873–83.
37. Moran M, Wood B. States, regulation and the medical profession. Buckingham: Open University Press, 1993.
38. Lov om lægers rettigheter og plikter. Tidsskr Nor Lægeforen 1927; 47: 1399–400.
39. Berner JH. Lov om lægers rettigheter og plikter. Tidsskr Nor Lægeforen 1927; 47: 257–65.
40. Forhandlinger paa Den norske lægeforenings 21. landsmøde i Oslo 26.–28. aug. 1926. Oslo: Den norske lægeforening, 1926.

Manuskriptet ble mottatt 20.8. 2007 og godkjent 4.11. 2007. Medisinsk redaktør Erlend Hem.