

**Medisnutdanning ved Universitetet i Tromsø som redskap for regional  
endring i Nord-Norge**



Grete Line Simonsen

Studentnr.069881

Masterprogram i region og regionalisering  
Vår 2012

**Institutt for arkeologi, historie, kultur- og religionsvitenskap**

Universitetet i Bergen



## Forord

Oppgaven handler om en spennende periode i medisinstudiet i Norge, med utgangspunkt i vedtak om etableringen av Universitetet i Tromsø i 1968.

Min nysgjerrighet på dette tema skyldes at jeg i ti år har arbeidet administrativt med medisinstudiet og studieplanendringer ved Universitetet i Bergen. Jeg har i den forbindelse ofte reflektert over hva som bestemmer utdanningens innhold, hvorfor studieordningene ved universitetene i Norge er så ulike, og videre hvilke faktorer som styrer utvikling og endring. I forhold til det siste momentet er medisinstudiet, slik den ble planlagt i Tromsø på 1960-70-tallet, interessant fordi studieplanen i tillegg til å skulle utdanne leger, også skulle ha en regional betydning, og på denne måten tar opp i seg forholdet mellom samfunnsutvikling og utdanning. I den forbindelse har jeg også reflektert over hvilken betydning en studieplans utforming egentlig har for en profesjonsutdanning som medisin, en utdanning som har et viktig samfunnsoppdrag. Gjennom oppgaven vil jeg forsøke å belyse en viktig og spennende epoke for ikke bare Tromsø og Nord-Norge, men også for medisinstudiet.

Det er mange jeg vil takke for faglige råd og personlig støtte. Takk til min kloke og kunnskapsrike veileder Astri Andresen, som alltid har gitt klare tilbakemeldinger og inspirasjon. Jeg vil også takke alle på arkivet på Universitetet i Tromsø som tok godt i mot meg, og fant frem kildematerialet som er grunnlaget for denne oppgaven. Mine kolleger på Det medisinsk-odontologiske og Det psykologiske fakultet har hele veien støttet meg og fortjener stor takk for tålmodighet, spesielt i innspurten. En spesiell takk til Marit Ubbe.

Stor takk til Jan, Helge Ivar og Asgeir som har vært tålmodige og gitt meg tid og rom til å arbeide med «den store leksen».

## **Abstract**

The title of my master thesis is: Medical studies at the University of Tromsø as an instrument for regional change in northern Norway. The starting point and framework of this study is the resolution of the founding of the University of Tromsø in 1968. Research literature explains this resolution as due to the growing national awareness of educational politics in the 1960, while at the same time the concept of district politics breaking through. The theoretical perspective of the study is regions and regionalization, the focus being the processes of regionalization of northern Norway.

As the first class of medicine students enrolled at the University of Tromsø in 1973, they would follow a curriculum radically different in frame and purpose, from the courses in Oslo and Bergen. A new kind of medical study was to integrate natural sciences with clinical sciences, where students early on would experience patients through clinical rotations at local hospitals and general practitioners. I will connect this to the University of Tromsø's greater purpose of regionally relevance, which implied active engagement in the difficulties of the province and being of use to the society of northern Norway.

Investigation the time period 1961 to 1968, I aim to discover why regionally relevance was made an important objective of the university, and how the breakthrough of district politics was made visible through these processes. This has led me to explore whether there is a connection between the purpose of provincial relevance and the selected curriculum.

The significance of the curriculum in relation to the purpose of provincial relevance was that it should motivate students to seek work in the districts' health services. The establishment of a medicine school in Tromsø has been considered the most important mean of increasing the coverage of general practitioners in northern Norway.

The choice of curriculum had also practical implications. The integrated curriculum demanded the close proximity of hospital units and teaching premises, and lead to the simultaneous development of both preclinical and clinical buildings. This was probably of great significance to northern Norway as it made the government commit to economical allocations just prior to the culmination of the expansion of the university sector in 1973 and the oil crisis in 1974.

# Innhold

Forord.....	I
Abstract.....	II
<b>Kapittel 1 Introduksjon</b> .....	1
1.1 Bakgrunn og tema.....	1
1.1.1 Kort om bakgrunnen for opprettelsen av Universitetet i Tromsø.....	2
1.2 Problemstilling og avgrensning.....	3
1.3 Oppgavens oppbygging og struktur.....	6
1.4 Forskningslitteratur, kilder og metode.....	7
1.4.1 Forskningslitteratur.....	7
1.4.2 Presentasjon av kildene.....	7
1.4.3 Metodisk tilnærming til kildene.....	9
<b>Kapittel 2 Teoretiske perspektiver på regioner og regionalisering</b> .....	11
2.1 Regioner og regionalisering.....	11
2.1.1 Regionbegrepet.....	12
2.1.2 Regionalisering.....	14
2.1.3 Regionalisme.....	15
2.2 Regionalpolitikk og distriktpolitikk.....	16
2.3 Regional- og distriktpolitikken i etterkrigstiden.....	19
2.4 Regionen Nord-Norge.....	20
<b>Kapittel 3 Historisk bakgrunn</b> .....	24
3.1 Profesjonshistorie og medisinutdanning.....	24
3.1.1 Medisin versus kirurgi.....	24
3.1.2 Hva kjennetegnet utvikling av medisinutdanningen i Norge?.....	26
3.1.3 1923-1940 Fra fritt og åpent til lukket medisinstudium.....	28
3.2 Norsk etterkrigstid 1945-1972.....	30
3.3 Folkets helse – landets styrke. Den nasjonale helsepolitikken og velferdsstaten.....	30
3.4 Utfordringene i Nord-Norge.....	33
<b>Kapittel 4 Landsdelsrelevans og syn på sammenhenger 1960-1968</b> .....	35
4.1. Kleppe-komiteens innstilling.....	35
4.2 Ruud-komiteens innstilling.....	38
4.2.1 Hvor kommer legene fra og hvor bli de av?.....	40
4.2.2 Hvordan ble Ruud-komiteen mottatt?.....	42
4.2.3 Brodal-komiteens innstilling.....	43
4.3 Vedtak i Stortinget 1968.....	44
4.4. Oppsummering av landsdelsrelevans.....	45
4.5 Noen særtrekk ved Universitetet i Tromsø.....	47
4.5.1 Opptaksregler og opptakspolitikk for medisinstudiet.....	48
<b>Kapittel 5 Medisinutdanning som redskap for regional endring</b> .....	52
5.1 Harlem-utvalget.....	52
5.1.1 Bakgrunn for at Harlem-utvalget ble opprettet.....	53
5.1.2 Diskusjoner om medisinutdanning etter 2. verdenskrig.....	55
5.1.3 Innholdet i Harlem-komiteens innstilling.....	58
5.1.4 Hvordan ble Harlemkomiteens innstilling mottatt?.....	62

5.2. Fra komite-innstilling til studieplan .....	63
5.2.1 Fase I – Hjort stiller krav .....	64
5.2.2 Fase II Provisorieplanen .....	67
5.2.3 Endelig studieplan .....	68
5.3 Redskap for regional endring?.....	69
5.3.1 Var det en sammenheng mellom valg av plan og betydning for landsdelen? .....	70
<b>Kapittel 6 Ettetid</b> .....	73
6.1 Innledning.....	73
6.2 Hva skjedde med studieplanen i medisin?.....	73
6.3 Syn på betydningen av studieplanen som regionalt virkemiddel.....	77
<b>Kapittel 7 Konklusjon</b> .....	81
7.1. Innledning.....	81
7.2 Hovedfunn.....	81
7.2.1 Landdelsrelevans .....	81
7.1.2 Medisinutdanningen .....	84
<b>Kilde- og litteraturliste</b> .....	i
Litteratur.....	i
Trykte kilder .....	iii
Tidsskriftsartikler .....	iii
Stortingsmeldinger, offentlige utredninger og komiteinnstillinger.....	v
Evaluering av studieplanen i medisin ved Universitetet i Tromsø .....	vi
Aviser .....	vi
Upubliserte kilder fra arkivet ved Universitetet i Tromsø .....	vii
<b>Appendiks</b> .....	xii
Utrednings- og beslutningsprosessen. ....	xii
Antall medisinstudenter ved Universitetet i Tromsø 1973-2012.....	xiii
Plan for Det medisinske studium, Universitetet i Oslo 1961. <i>Tidsskrift for Den norske legeforening</i> .....	xiv
Oversikt over studieplanen ved Universitetet i Tromsø .....	xv
Studieplan ved Universitetet i Tromsø 1973 .....	xvi

# Kapittel 1 Introduksjon

## 1.1 Bakgrunn og tema

Da Universitetet i Tromsø startet opp med det første kullet medisinstudenter i 1973 skulle de nye studentene følge en studieplan som var radikalt annerledes både i forhold til utforming og målsetting enn studieplanene i Oslo og Bergen.

En av de store flaggsakene for det nye universitetet var å lage en ny type legeutdanning som skulle integrere naturvitenskapelige basalfag med kliniske medisinske fag og gi studentene tidlig pasientkontakt gjennom praktisk tjeneste ved lokalsykehus og hos distriktsleger.<sup>1</sup> Dette i motsetning til medisინutdanningene i Oslo og Bergen som alltid hadde en studiemodell med et skille mellom naturvitenskapelige basalfag og klinisk-praktisk undervisning, og hvor det først og fremst var praksis i sykehus, og ikke distrikts-helsetjenesten, som ble vektlagt.<sup>2</sup>

Universitetet i Tromsø ble vedtatt opprettet av Stortinget 28. mars 1968. Før dette fantes det bare to universiteter i Norge; Oslo og Bergen. Det var i forkant av vedtaket stor strid om Norges tredje universitet skulle plasseres i Trondheim eller i Tromsø. Denne striden var særlig knyttet til lokalisering av medisინutdanningen. Men til tross for sterk motstand mot Tromsøalternativet, ble vedtaket om et nytt universitet i Nord-Norge en realitet.

Universitetet i Tromsø utviklet tidlig en tenkning om at det nye universitetet skulle være annerledes og ha en *landsdelsrelevans*, og denne landsdelsrelevansen handlet om noe mer enn bare utdanningsfunksjonen.<sup>3</sup> Det nye universitetet skulle i motsetning til andre universiteter i landet engasjere seg aktivt i landsdelens problem og derfor også være til særlig nytte for det nord-norske samfunnet.<sup>4</sup> Dette og lignende utsagn ble en del av universitetets retorikk og uttrykksmåte for så å si alle fagområdene ved universitetet, og ikke minst medisინutdanningen.<sup>5</sup>

Jeg har som utgangspunkt for oppgaven at målsettingen for medisinstudiet om å skape en *ny type legeutdanning* må sees i sammenheng med målsettingen om landsdelsrelevans.

---

<sup>1</sup> Fulsås, 1993:225

<sup>2</sup> Hjort, 1980:223

<sup>3</sup> Fulsås, 1993:142

<sup>4</sup> Fulsås, 1993:141

<sup>5</sup> Fulsås, 1993:142

Samtidig var studieplanen også inspirert av nye ideer og internasjonale trender om formålet og innholdet i medisinstudiet som ble debattert på 1950- og 1960-tallet. Studieplanen i Tromsø skulle både ha en distriktpolitisk og regional betydning, samtidig som den var nyskapende sammenlignet med medisinstudiet i Oslo og Bergen, med tilknytningspunkt til internasjonale trender innen synet på utdanning av leger.

Med dette som utgangspunkt skal jeg undersøke hvordan medisinstudiet ved Universitetet i Tromsø skulle ha en landsdelsrelevans for Nord-Norge.

### **1.1.1 Kort om bakgrunnen for opprettelsen av Universitetet i Tromsø**

I forskningslitteraturen er det flere forklaringsmodeller på hvorfor Universitetet i Tromsø ble vedtatt opprettet før et universitet i Trondheim. Den mest sentrale teorien er at utdanningspolitikk fikk stor nasjonal betydning samtidig med at distriktpolitikken fikk sitt gjennombrudd. Sosiologen Kåre Rommetveit omtaler stortingsvedtaket fra 1968 i sin hovedoppgave fra 1971 *Fremveksten av det medisinske fakultet i Tromsø – en undersøkelse av beslutningsprosessen*, og som et unntak fra den universitetspolitikk som hadde vært ført i 1960-årene, og som et avvik fra det vanlige mønsteret for fordeling av goder innen universitetssektoren som tidligere hadde blitt fulgt. Han begrunner dette med at 1960-tallets utdanningspolitikk var kjennetegnet av to viktige trekk: Kapasitetsutbygging og økende vekt på effektiv utnyttelse av økonomiske midler.<sup>6</sup> Et universitet i Tromsø ville ha for få studieplasser, og kostnaden pr. plass ville være for høy til at det kunne sies å være effektiv utnyttelse av økonomiske midler. Rommetveit konkluderte med at den viktige betydningen distriktpolitikken hadde som politisk stridsspørsmål i dette tidsrommet var en nødvendig betingelse for det endelige utfallet til fordel for Tromsø.

Historiker Narve Fulsås, som har skrevet boken *Universitet i Tromsø 25 år* i 1993, hevder at den regionalpolitiske argumentasjonen for et universitet i Tromsø inneholdt to dimensjoner. Den viktigste var likestillings- og rettferdighetsargumentet som innebar en målsetting om samme muligheter til høyere utdanning for nordnorsk ungdom som for alle andre.<sup>7</sup> Den andre dimensjonen var argumentet om at universitetet skulle være med å utvikle landsdelen, altså bidra til en videreføring av gjenreisningsarbeidet. Dette hevder han sammenfaller med det nye synet på høyere utdanning som vokste frem på 1960-tallet om at

---

<sup>6</sup> Rommetveit, 1971: 4

<sup>7</sup> Fulsås, 1993: 91



utdanning og forskning ble sett på som en innsatsfaktor i generell økonomisk og sosial utvikling. Her fremheves det at det var en ny rolle for et universitet å skulle ha som formål å stimulere sosial og økonomisk utvikling i en landsdel. Universitetet i Tromsø blir på denne måten sett på som en del av *nasjonsbyggingen*.<sup>8</sup>

Den distriktpolitiske betydningen som Rommetveit og Fulsås fremhever som den viktigste årsaken til at vedtaket om et universitet i Tromsø blir fattet, kan knyttes rent konkret til den mangelfulle legedekningen og kvaliteten på helsetjenestene i Nord-Norge.<sup>9</sup> Lege-mangelen, og troen på at den kunne bøtes på ved å utdanne leger lokalt, var altså helt sentralt i avgjørelsen om å legge et nytt universitet til Tromsø.

Peter F. Hjort, leder av Interimsstyret for Universitetet i Tromsø, og senere dets første rektor, oppsummerte slagordene fra 1968 i en artikkel han publiserte i 1980 med tittelen *Ideologi og intensjoner – et tilbakeblikk*.<sup>10</sup> Han fremhevet det sterke ideologiske fundamentet for det nye universitetet. Universitetet i Tromsø skulle være distriktpolitikkenes flaggskip ved å utdanne landsdelens egen ungdom, og bedre levekårene i Nord-Norge. I tillegg fremhevet han også den universitetspolitiske dimensjonen som preget universitetspolitikken i etterkant av studentopprøret i 1968. Universitetene skulle tjene folket og ikke bare vitenskapen, den fremmet akademiske reformer i undervisningen og relevans i forskningen.

Etableringen av Universitetet i Tromsø er altså utgangspunktet for og rammen rundt oppgaven, men ikke et tema i seg selv. Det er selve medisnutdanningen som skal stå i sentrum for min undersøkelse. Hva var årsakene til valg av studieplan? Hva var prosessen bak sett i lys av den historiske konteksten, og hvordan er den blitt vurdert i ettertid?

## 1.2 Problemstilling og avgrensning

Utgangspunktet for å skrive denne oppgaven var i første omgang min observasjon av at Universitetet i Tromsø valgte en radikalt annerledes studieplan enn de to andre medisnutdanningene i Oslo og Bergen. Dette skjedde på et tidspunkt hvor hele universitetet i Tromsø og de ulike fagmiljøene hadde en overordnet og uttalt målsetting om såkalt *landsdelsrelevans*.

---

<sup>8</sup> Fulsås, 1993: 99

<sup>9</sup> Fulsås, 1993:37

<sup>10</sup> Hjort, 1980: 222

Problemstillingen i oppgaven er derfor å finne svar på spørsmålet om hvordan målsettingen om at medisinstudiet skulle ha en landsdelsrelevans kan forstås og tolkes i forhold til sin samtid. Hvordan uttrykkes og operasjonaliseres denne målsettingen? Hvilke antagelser om sammenhenger mellom medisinstudiet og regionale endringer fantes det på 1960-1970-tallet, og har synet på slike sammenhenger endret seg over tid?

Det er både tidsmessig og tematisk et spenn i denne problemstillingen, som gjør at den må utdypes og avgrenses:

Det første gjelder betydningen av begrepet *landsdelsrelevans*, eller som det også er formulert *betydning for landsdelen*. Uttrykket innbyr i første omgang til en tolkning i retning av *redskap for regional endring*, og at Universitetet i Tromsø og studietilbudene hadde et formål ut over det å utdanne kandidater: Det skulle også påvirke landsdelen, det vil si regionen Nord-Norge, i positiv retning. Når oppstod begrepet landsdelsrelevans, og hva var bakgrunnen for at det oppstod? Hvilket innhold hadde det? Endret innholdet seg, og hvordan ble det brukt internt ved universitetet og eksternt i samfunnsdebatten? Og videre; hva forteller dette oss om regionaliseringsprosessen i Nord-Norge?

Oppgavetema er avgrenset mot medisinstudiet, og hvis jeg i første omgang legger til grunn at begrepet landsdelsrelevans kan tolkes som å være et redskap for regional endring blir neste spørsmål *hvordan* man så på medisinstudiet som redskap for regional endring på 1960-70-tallet?

Medisinstudiet står i en særstilling med tanke på samfunnsrelevans rent generelt. Nasjonens behov for leger og samspill og til tider konflikt mellom legeprofesjon og samfunn har siden Norge etablerte medisinstudiet i 1814 vært gjenstand for kontinuerlig debatt om spesielt behovet for antall leger, noe som var av stor betydning for Nord-Norge. Siden medisinstudiet avhenger av tilfredsstillende undervisningssykehus og tilstrekkelig pasientgrunnlag, har utdanningen også en sterk relasjon til helsevesenet og helsepolitikk.

Det neste spørsmålet er om det er sammenheng mellom målsettingen om regional endring og den konkrete utformingen av studieplanen. Hva var sammenhengen mellom valg av studieplan og målsettingen om landsdelsrelevans? Var det en sammenheng, eller var det andre årsaker til at denne modellen fikk gjennomslag? Inngikk studieplanens utforming som en del av målsettingen om landsdelsrelevans?

Oppgavetema er tidsmessig plassert i norsk etterkrigstid, hovedsakelig fra 1945 og frem til midten av 1970-tallet. Undersøkelsen av begrepet landsdelsrelevans og medisinutdanning strekker seg fra 1961 og frem til Universitetet i Tromsø kom i gang i 1972-1973.<sup>11</sup> Kapittelet som tar opp hvordan Universitetet i Tromsø er blitt vurdert i ettertid går imidlertid frem til vår tid. Kapittelet om medisinutdanning i Norge strekker seg tilbake til 1811, da Norges første universitet ble opprettet.<sup>12</sup>

Oppgaven følger den historiske utviklingen som lå til grunn for opprettelsen av Universitetet i Tromsø. Denne er grundig beskrevet og analysert av spesielt historiker Narve Fulsås i boken fra 1993, *Universitetet i Tromsø 25 år*. Jeg skal undersøke medisinutdanningen ut fra et perspektiv som i liten grad er blitt belyst. Medisinutdanning har primært vært omtalt i forbindelse med diskusjon om legenes antall og legenes fordeling. Studieplanene, med begrunnelse for valg av innhold og utforming har ikke vært sett på spesielt. Jeg vil her trekke frem at studieplanen i Tromsø ble publisert som en bok med formål å skape debatt om legeutdanningen. Begrunnelsen for dette var at:

*Legeutdanningen angår alle i samfunnet (...) Dels ønsker vi å få prøvet våre synspunkter gjennom offentlig debatt, og dels ønsker vi å vise hvordan vi mener at denne delen av Universitetet i Tromsø bør bygges opp.*<sup>13</sup>

Dette var første gang en studieplan ble debattert utenfor et rent medisinmiljø, og det ble invitert til å ta opp profesjonsinterne spørsmål til en bredere debatt.<sup>14</sup>

I oppgaven tar jeg ikke opp teorier om læring eller analyser av hvilke pedagogiske prinsipper og læringsteorier som lå til grunn for studieplanen. Min undersøkelse tar utgangspunkt i forholdet mellom medisinutdanning og samfunnsutvikling ved at det for første gang ble presentert en studieplan med en annerledes oppbygging, og som fremmet målsetting om noe *mer* enn utdanning av ferdige leger, og da særskilt regional endring.

---

<sup>11</sup> UiT åpnet i 1972, men medisinutdanningen begynte i 1973.

<sup>12</sup> Medisinutdanningen startet opp i 1814.

<sup>13</sup> Medisinsk studieplan, 1971:7

<sup>14</sup> Harlem, 1970:2281

### **1.3 Oppgavens oppbygging og struktur**

I første kapittel definerer jeg oppgavens tema opp mot dette utgangspunktet, samt redegjør for problemstilling og avgrensning. Videre gjennomgår jeg forskningsstatus på temaer relatert til oppgaven min, kildematerialet jeg har benyttet og den metodiske tilnærmingen til kildene.

I andre kapittel gjennomgår jeg også viktige begreper i regional teori som benyttes i oppgaven min, samt anvendelsen av disse. Formålet med dette kapittelet er å definere viktige begrep, samt å redegjøre for hvordan teorier om regionalisering brukes som redskap i analysen.

I tredje kapittel, som er et bakgrunnskapittel, beskriver jeg viktige historiske trekk ved perioden 1945-1970 med tyngdepunkt på trekk ved det politiske styringssystemet, utvikling av velferdsstaten, regional- og distriktpolitikk og helsepolitikk. Regionen Nord-Norge vil bli særskilt vektlagt. Siden medisinutdanning er tema for oppgaven, gir jeg også et overblikk over medisinutdanningens historie i Norge fra 1814 og frem til nyere tid, det vil si til 1945.

I fjerde kapittel gjennomgår jeg først begrepet landsdelsrelevans, bakgrunn for at begrepet oppstod og hvilket innhold det ble tillagt i løpet av tidsperioden 1961 til 1968. Jeg følger utviklingen fra Kleppe-komiteens innstilling i 1961 frem mot vedtaket om opprettelse av Universitetet i Tromsø i 1968. Deretter viser jeg noen eksempler på hvordan landsdelsrelevans ble uttrykt i praksis.

I femte kapittel gjennomgår jeg medisinutdanningen og studieplanen som ble vedtatt for Universitetet i Tromsø, hvorfor akkurat denne planen ble vedtatt og diskuterer hvordan den kan sees på som et virkemiddel for regional endring.

I sjette kapittel ser jeg på hvordan medisinutdanningen ved Universitetet i Tromsø er blitt vurdert i ettertid. Jeg undersøker også om studieplanen og dens målsetting er blitt endret, og syn på medisinutdanningen som regionalt virkemiddel i ettertid.

I syvende kapittel oppsummerer jeg og konkluderer.

## 1.4 Forskningslitteratur, kilder og metode

### 1.4.1 Forskningslitteratur

Bakgrunnen for opprettelsen av Universitetet i Tromsø er grundig dokumentert, og spesielt i boken *Universitetet i Tromsø – 25 år* av historiker Narve Fulsås i 1993. Boken hans omtaler historikken og prosessene som lå til grunn for stortingsvedtaket i 1968. Videre omtaler den iverksettelsesfasen. Boken tar for seg utviklingen frem til 1993, hvor Universitetet i Tromsø var vel etablert som universitet. Jeg har også lagt opp Kåre Rommetveits hovedoppgave i sosiologi om beslutningsprosessen bak opprettelsen av Universitetet i Tromsø fra 1971, samt Torstein Bertelsens bok *Kampen for et medisinsk fakultet i Tromsø*. Sistnevnte var en aktiv aktør i prosessen for opprettelsen av et universitet i Tromsø, bl.a. gjennom sitt medlemskap i Ruud-komiteen. Bertelsen, og hans rolle vil bli omtalt senere i oppgaven.

Når det gjelder forskningslitteratur om region og regionalisering har jeg lagt opp forfattere med både en geografisk og samfunnsvitenskapelig tilnærming som Christer Jönsson m.fl., geografen Hans Kjetil Lysgård og Tor Selstad som er professor i samfunnsgeografi og planlegging. Den historiefaglige tilnærmingen, og spesielt i forhold til Nord-Norge som region, er dekket av Einar Niemi, Hallvard Tjelmeland og Ketil Zachariassen. For alle disse forfatterne inngår også referanse til den finske geografen Anssi Paasi, som er svært sentral innenfor teorier om regioner og regionalisering.

Forskningslitteratur som jeg har funnet om norsk medisinutdanning fra etterkrigstiden er hovedsakelig avgrenset til diskusjon og studier av legemangel og profesjonshistorie. Her har jeg lagt opp Aina Schjøtz og hennes bind 2 av *Det offentlige helsevesenets historie i Norge*, samt Per Haave som har skrevet bl.a. *Fra fritt til lukket medisinstudium. Myndighet og kyndighet i konflikt(1923-1940)*. En del kunnskap om medisinutdanning har jeg også funnet i universitetene i Oslo og Bergen egne historiebøker. Av internasjonal litteratur har jeg hatt stor nytte av Kenneth C. Calmans bok *Medical Education. Past. Present and Future*. Annen forskningslitteratur vil bli nærmere omtalt i kapittel 2 om historisk bakgrunn.

### 1.4.2 Presentasjon av kildene

Kildematerialet jeg bruker i oppgaven er skriftlige kilder som stortingsmeldinger, offentlige utredninger, protokoller fra stortingsforhandlinger, avisartikler, brev og korrespondanse mellom sentrale aktører og enkeltpersoner. Brev, notater, høringsuttalelser, avisartikler og

møtereferater fra styringsorganene ved Universitetet i Tromsø er hentet fra arkivet ved Universitetet i Tromsø. *Tidsskrift for Den norske legeforening* har vært en viktig kilde for informasjon om medisinstudier, studieplaner og ulike undersøkelser om medisinstudiet ved Universitetet i Tromsø.<sup>15</sup>

Gjennomgangen av stortingsmeldinger og offentlige utredninger begynner med Kleppe-komiteens innstilling fra 1961 og går frem til vedtak om integrert medisinsk undervisning i 1969. I appendiks er det vedlagt en oversikt over beslutningsprosessen hvor samtlige utredningene er oppført. I tillegg til utredningene som inngår som grunnlag for opprettelsen av Universitetet i Tromsø og integrert medisinsk undervisning, har jeg også lagt opp flere av utredningene om norsk regional- og distriktpolitikk, det vil si fra den første stortingsmeldingen om distriktsplanlegging som kom i 1967 til det såkalte *Effektutvalgets innstilling* fra 2004 som handler om statlig innsats for regional utvikling og distriktpolitiske mål.

Etter at Universitetet i Tromsø ble vedtatt opprettet i 1968, ble det nedsatt et Interimsstyre i januar 1969, ledet av Peter F. Hjort, som fikk i oppdrag å planlegge og gjennomføre oppstart av det nye universitetet. Kildene fra denne perioden er møtereferater og ikke minst de mange notatene og utredningene forfattet av Peter F. Hjort selv. Etter hvert suppleres dette med referat fra fagutvalget i medisin som hadde i oppgave å ferdigstille en konkret studieplan, samt saksforelegg og protokoller fra universitetsstyret.

Det er mange sentrale og sterke enkeltpersoner som var viktige aktører både i forhold til opprettelsen av universitetet og ikke minst i forhold til studieplanen. I kildene har jeg mange brev som er utvekslet mellom helsedirektør Karl Evang og Peter F. Hjort. Torstein Bertelsen og Ole K. Harlem er også personer som står sentralt. Dette er enkeltpersoner som hadde et utgangspunkt for sitt engasjement gjennom ulike komitemedlemskap, men som kom til å spille en vesentlig rolle utover det som var forventet.<sup>16</sup> Disse personene vil bli presentert senere i oppgaven.

Om evalueringen av studieplanen har jeg lagt opp dokumenter og rapporter fra Universitetet i Tromsøs egne evalueringer, i tillegg til at jeg har sett på ulike undersøkelser om studieplanens betydning publisert i *Tidsskrift for Den norske legeforening*.

---

<sup>15</sup> Tidsskrift for Den norske legeforening het inntil 2008 Tidsskrift for Den norske lægeforening. Jeg bruker konsekvent førstnevnte navn.

<sup>16</sup> Rommetveit, 1971:46

### 1.4.3 Metodisk tilnærming til kildene

Oppgavens oppbygning er slik at den følger den historiske fremstillingen av bakgrunnen for opprettelsen av Universitetet i Tromsø, med formål å gå nærmere inn på uttrykket landsdelrelevans og bakgrunnen for valget av studieplan i medisin ved Universitetet i Tromsø.

Jeg har delt kildematerialet inn i to kategorier, hvor den første kategorien er dokumenter som representerer statens syn, og den andre kategorien er dokumenter som representerer andre aktørers syn. Sistnevnte omfatter alt fra enkeltpersoner til universiteters høringsuttalelser. Formålet er å undersøke og deretter sammenligne fremstilling og forklaring først av begrepet landsdelsrelevans og deretter medisnutdanningen som virkemiddel for regional endring.

Den første kategorien er de formelle dokumentene som uttrykker regjeringens/statens syn på utdanningspolitikk og senere syn på distrikts- og regionalpolitiske virkemidler. Dette er i første rekke stortingsmeldinger og stortingsproposisjoner. Stortingsmeldinger er sentrale dokumenter i politiske beslutningsprosesser ved at de skal gi informasjon om det området beslutningen gjelder og videre forsøke å påvirke andres holdninger til de saker som behandles. En stortingsproposisjon (st.prp.) er et forslag fra regjeringen til Stortinget om å fatte et konkret vedtak. Komite-innstillingene inngår også i denne kategorien fordi de er regjeringsnedsatt og utfører et oppdrag for regjeringen og deretter utgangspunktet for en senere stortingsmelding og forslag til vedtak i Stortinget.

I analysekapitlene bruker jeg disse dokumentene for å undersøke bakgrunnen for at uttrykket betydning for landsdelen oppstod, og hvilke antagelser man på regjeringsnivå hadde om hva som påvirker en region. Det samme gjelder medisnutdanningen.

Den andre kategorien kilder er korrespondansen, stortingsforhandlinger, høringsuttalelser og avisartikler i forbindelse med de samme dokumentene. På denne måten har jeg altså sett på hvordan syn på sammenhenger er presentert formelt og skriftlig og sammenlignet de med hvordan samme tema debatteres av politikere, høringsinstanser som universitetene og sentrale aktører som for eksempel Karl Evang og Peter F. Hjort. Korrespondanse mellom enkeltaktører har også vært en viktig kilde til forståelsen av hvordan betydningen av begreper og sammenhenger har utviklet seg.

Det er altså i samspillet mellom disse tekstene at jeg skal finne ut hvordan begrepene uttrykkes og hvilket meningsinnhold de tillegges. Jeg sammenlignes også innholdet i disse dokumentene med forskningslitteraturen, både i forhold til å vurdere de ulike aktørenes motiver, men også i forhold til vurderingen av oppfatningen av Nord-Norge som region. På denne måten begynner oppgaven på et mer generelt nivå hvor jeg først har undersøkt materialet på leting etter uttrykk for syn på sammenhenger mellom tiltak og regional påvirkning. Deretter snevres dette inn til mer konkret om medisinutdanning og meninger uttrykt ved Universitetet i Tromsø.



# Kapittel 2 Teoretiske perspektiver på regioner og regionalisering

## 2.1 Regioner og regionalisering

Forskning på regioner og regionalisering har som formål å få innsikt i hvordan regioner oppstår, hva som konstituerer dem, hvordan de fungerer og hvordan de endres.<sup>17</sup> I dette kapitlet skal jeg presentere teoretiske perspektiver om regioner og regionalisering som jeg skal bruke i oppgaven.

Det fremgår av problemstillingen min at oppgaven har to hovedmål. Den skal forklare bakgrunn for begrepet landsdelsrelevans, og videre hvordan medisinutdanning kunne sees på som et regionalt virkemiddel i Nord-Norge. Som følge av dette har jeg i problemstillingen lagt til grunn at det i oppgaven vil inngå en analyse av regionen Nord-Norge, og synliggjøring av viktige utviklingstrekk i regionen i etterkrigstiden. Begreper og teorier innenfor forskning på regioner og regionalisering tjener derfor som verktøy for å forklare hvilke mekanismer som lå til grunn for utviklingen.

Forskning på regioner og regionaliseringsprosesser står i ulike tradisjoner, og i forskningslitteraturen er det mange ulike tilnærminger til disse begrepene. Geografer og samfunnsvitere har tradisjonelt hatt en dominerende posisjon innen dette fagfeltet.<sup>18</sup>

I følge historikerne Einar Niemi og Kjetil Zachariassen er studier av regioner og regionalisering ikke et nytt forskningsfelt for historikere. I land som Tyskland, Frankrike og USA har regional historie vært en spesialisert disiplin så tidlig som andre halvdel av det nittende århundre, og gått parallelt med nasjonal historie. Men i Norden har det generelt ikke vært en sterk akademisk tradisjon for regional historie. Det som har kjennetegnet den historiske tilnærmingen her er fokus på nasjonalstaten.<sup>19</sup>

Siden 1990-tallet har historikere utviklet en økt interesse for forskning på moderne regiondannelser og regionaliseringsprosesser spesielt innenfor Den europeiske union, og fokus på det regionale nivået som et eget geopolitisk nivå.<sup>20</sup> EUs utvikling og vektlegging av regionenes Europa er med på å forsterke og drive frem denne utviklingen.<sup>21</sup>

---

<sup>17</sup> Fra studieprogrambeskrivelsen, Region og regionalisering (UiB) høst 2008.

<sup>18</sup> Niemi, 2000: 1 og 2

<sup>19</sup> Ibid

<sup>20</sup> Niemi, 2000:3

<sup>21</sup> Niemi 2000:2

Regionforskningen har utviklet seg mot å bli en mer tverrfaglig disiplin, og i denne oppgaven vil jeg legge til grunn det historiske perspektivet på regionaliseringsprosessen av Nord-Norge som er utarbeidet av historikerne Einar Niemi, Hallvar Tjelmeland og Kjetil Zachariassen, som i sin forskning er inspirert av geografen Ansi Paasi. Geografen Hans Kjetil Lysgård er også en sentral teoretiker som jeg legger til grunn for diskusjon om de ulike definisjonene innen regionalisering.

### 2.1.1 Regionbegrepet

Selve regionbegrepet har et relativt gammelt opphav, og er utledet fra fransk og latin. I en direkte oversettelse betyr det å herske eller regjere.<sup>22</sup> I dag har ordet en langt videre betydning. Regionbegrepet har som formål å avgrense et område fra et annet. En region kan deles inn i ulike kategorier ut fra ulike inndelingsprinsipper. Dette kan være rent fysiske eller inndelingen kan skje ut fra ønske om klassifisering av ulike samfunnsfenomener. Regioner er dessuten hensiktsmessige, mer eller mindre internt homogene områder, for beskrivelse, analyse og sammenligning.<sup>23</sup>

De viktigste regiontypene er formale/naturgeografiske regioner, identitetsregioner, funksjonelle regioner og administrative regioner.<sup>24</sup> For en *formalregion*, eller en naturregion, er det naturen som er inndelingsprinsippet. Øyer og fjorder er eksempler på denne type regioner. *Identitetsregioner* defineres ut fra prinsipper som f.eks. språk, etnisitet eller kulturell bakgrunn og historie. En identitetsregion kan være sammenfallende med en naturregion, men ikke nødvendigvis. Det er følelsen av fellesskap innen området som er den avgjørende faktor. *Funksjonelle regioner* kan defineres ut fra prinsipper for samarbeid, varestrøm, personer eller ideer. Byregioner er et eksempel på funksjonelle regioner. Pendlingsmønster, handlereiser, transportårer, terminaler er eksempler på elementer som er med på å avgrense en slik region. Det kan være sentrert med en kjerne eller et sentrum som betjener et omland. De *administrative regionene* defineres ut fra administrative regler eller en historisk fordeling av makt mellom nivå i det politiske systemet, eksempler på dette kan være kommuner eller fylkeskommuner. Det er dermed en type region som forvalter og utvikler tjenester og oppgaver for befolkningen. Et fylke eller en sammenslutning av fylker i veiregioner eller helseregioner er eksempler på administrative regioner.

---

<sup>22</sup> Lysgård, 2007:86

<sup>23</sup> Fra studieprogrambeskrivelsen, Region og regionalisering høst 2008.(UiB)

<sup>24</sup> Jönsson, Tägil og Törnquist, 2000:139

Regionbegrepet kan altså brukes om en hvilken som helst del av vår geografi. Vi kan lage regionbegreper som knytter sammen sentrum og periferi, by og land i helhetlige funksjonelle regionbegrep.<sup>25</sup> Men regionbegrepet kan utdypes ytterligere, som for eksempel det Lysgård gjør i sin forskning. Lysgård identifiser regioner i forhold til hvilke formål og intensjoner som ligger til grunn for regional inndeling, og hvordan dette har betydning for, og innvirker på den romlige organiseringen av samfunnet. Han skriver at en region kan defineres som en gruppes kollektive historie, representert ved forestillingen om samfunnets institusjonaliserte sosiale praksiser knyttet til et område.<sup>26</sup>

*Mens stedet som subjektets livssfære vil forsvinne med det konkrete individ, kan regionen føres videre gjennom generasjoner i en kollektiv videreføring av den regionale enhetens innebygde mening og symbolikk.*<sup>27</sup>

Regioner kan altså forstås som sosialt konstruerte kategorier, vokst frem og skapt gjennom sosial handling.

Lysgård skriver at vi kan identifisere minst tre former for regioner etter hvilken rolle og intensjon regionen har som samfunnsfenomen.<sup>28</sup> For det første fyller regionen en rolle som ramme for å systematisere, klassifisere og analysere ulike samfunnsfenomener. Dette kalles den metodiske region som for eksempel kan fungere som et redskap for å kommunisere kunnskap om samfunnet. En region kan også være en politisk region. Et viktig hjelpemiddel i forbindelse med politikktøvelse er å bruke regionen som en geografisk avgrensning for politikktutforming. På den måten kan man i geografisk forstand både definere hvilket område som behøver endring og krever planlegging, og i hvilket område en målformulering kan rettes mot.

Den tredje rollen som regioner kan fylle er den identifiserende region. Denne rollen fungerer som et romlig aspekt i folks identitetsforming gjennom måter å forholde seg til omverden på og i arbeidet med å identifisere seg som en del av, eller skille seg ut fra et forestilt fellesskap. Eksempler fra norsk sammenheng er bevisstheten som folk flest har av regioner som ikke lenger er sammenfallende med politiske regioner, men som brukes som

---

<sup>25</sup> Selstad 2003: 7

<sup>26</sup> Lysgård, 2007:87

<sup>27</sup> Ibid

<sup>28</sup> Ibid

grunnlag for å fortelle hvor man kommer fra og hvem man er. Lysgård bruker konkret Nord-Norge som eksempel på dette.<sup>29</sup>

I historikerne Niemi, Tjelmeland og Zachariassen tilnærming til regionbegrepet er forholdet mellom nasjonalstat og region sentral. Niemi deler regioner inn i to hovedkategorier, hvor den ene er regioner som er innenfor en stats grenser og den andre er regioner som går på tvers av statens grenser (*sub-national regions og macro regions*).<sup>30</sup> En region er ikke nødvendigvis avgrenset av formelle grenser, og kan være større enn mindre enn lokalsamfunn som fylker eller kommuner. En region kan ha lange historiske røtter, eller de være nyere konstruksjoner. I de nordiske land er det tradisjon for at en region omfatter flere fylker, som Vestlandet eller Nord-Norge.

Regioner kan altså være større eller mindre enn nasjonalstaten.<sup>31</sup> Regioner kan videre deles inn i historiske regioner, også kalt identitetsregioner. Disse er kjennetegnet av felles identitetsfølelse fra langt tilbake i tid. Den andre varianten kaller han administrative, eller funksjonelle regioner, som er regioner med en kortere forhistorie, og med en annen inndeling enn de historiske og med en avgrensning som ikke nødvendigvis samsvarer med tradisjonelle historiske landskap. Regioner kan også sees på som forestilte – på samme måte som nasjonene.<sup>32</sup>

### **2.1.2 Regionalisering**

Regionalisering kan som Tor Selstad skriver, være en øvelse der en fagmann definerer en region etter bestemte kriterier, og tegner det ut på et kart. Men regionalisering kan også forstås som en institusjonaliseringsprosess der det er samfunnsaktørene som definerer regionen, og kan på denne måten omtales som en sosial kontraksjon, en skapt region.<sup>33</sup>

Begrepet *regionalisering* forstås her som de prosesser som over tid bidrar til dannelsen av regionale særtrekk og regional identitet, hva enten det gjelder kulturelle, samfunnsmessige eller naturgitte forhold. Endring og endringsprosesser er altså sentrale elementer i begrepet regionalisering.<sup>34</sup>

---

<sup>29</sup> Lysgård, 2007: 87

<sup>30</sup> Niemi, 2000:3

<sup>31</sup> Niemi 2000:4

<sup>32</sup> Ibid

<sup>33</sup> Selstad, 2003:7 og 8

<sup>34</sup> Fra studieprogrambeskrivelsen, Region og regionalisering høst 2008.(UiB)

Historikerne Niemi, Tjelmeland og Zachariassen henviser i sin forskning om bakgrunn for hvordan Nord-Norge oppstod som region, at det er mange parallelle trekk mellom region og nasjon og mellom regiondannelser og statsdannelser. Et eksempel på dette er en teori utarbeidet av historiker Miroslav Hroch om bestemte faseinndelinger i statsdannelser som kan overføres til regiondannelser. I den første fasen oppstår det en nasjonal (evt. regional) bevissthet, ofte uttrykt av en intellektuell/kulturell elite som fokuserer på språk og kultur. Den neste fasen er kjennetegnet av gjennombrudd for nasjonal selvbevissthet og kulturorientert nasjonalisme. Siste fase kjennetegnes av en mer politisk nasjonalisme som i noen tilfeller leder til etablering av en uavhengig nasjonalstat.<sup>35</sup>

Geografen Anssi Paasi trekkes også frem som en av de viktigste forskerne på regionalisering. Han har også utarbeidet en modell for regional institusjonalisering, basert på fire kronologiske faser. Første fase er kjennetegnet av bevissthet på tilhørighet til et bestemt geografisk område. I neste fase utvikles symboler som for eksempel navn på området. I tredje fase etableres formelle institusjoner som er identitetskapende og som spiller en rolle vis-à-vis sentralmakten. I den siste fasen er regionen et faktum både med hensyn til identitet og formell organisering innenfor staten.<sup>36</sup>

### **2.1.3 Regionalisme**

Niemi har i sin definisjon av begrepet regionalisme lagt til grunn forholdet mellom stat og region. Regionalisme representerer en politisk tenkning innenfor en region, i sin mest ekstreme form kan det være separatisme.<sup>37</sup> Regionalisme kan derfor forstås som en politisk ideologi som fokuserer på en bestemt region eller gruppe av regioners interesser.

Regionalismens mål er å øke regionens innflytelse og politiske makt, enten gjennom bevegelser for begrensede former for autonomi eller gjennom mer radikale endringer som suverenitet, separatisme eller uavhengighet.

Lystgård hevder at den ideologiske tenkningen omkring regioner i Norge er svakere enn i andre land og at regionalisme er et lite fremtredende trekk ved den norske diskursen. De nordiske landene kjennetegnes av relativt svake regionale nivåer i kulturell forstand, sammenlignet med den kulturelle posisjon til nasjonalstaten.<sup>38</sup> Regioner i Norge og andre Nordiske land har først og fremst vært objekter for statlig politikk, i motsetning til europeiske

---

<sup>35</sup> Niemi, 2000:6-7

<sup>36</sup> Niemi, 2000:8

<sup>37</sup> Niemi, 2000:5

<sup>38</sup> Lystgård, 2007:85

land hvor regionalisme har vært knyttet til protestbevegelser og separatisme. Lysgård mener at dette ikke betyr at regionalisme er ikke-eksisterende i Norge, men at vi ikke har regioner som setter spørsmålsteget ved og utfordrer legitimiteten til den dominerende nasjonen. Han stiller spørsmålet om dette er fordi diskusjonen om det nasjonale har vært så dominerende i norsk sammenheng at det har overskygget oppmerksomheten rundt de regionale fellesskapene.<sup>39</sup>

Men dette betyr ikke at regionale identiteter spiller en ubetydelig rolle som metafor for fellesskap og tilhørighet i de nordiske landene.<sup>40</sup> Norge har en rekke sterke regioner som symboliserer regional tilhørighet og identitet, og som fyller en aktiv funksjon i utviklingen av det norske samfunn.

## 2.2 Regionalpolitikk og distriktspolitikk

Regionalpolitikk og distriktspolitikk, regional utvikling og distriktspolitiske virkemiddel er sentrale begrep brukt i forskningslitteratur om norsk etterkrigstid.

Troen på planlegging som et verktøy for vekst og velstand var et viktig kjennetegn ved norsk etterkrigshistorie.<sup>41</sup> Videre var det på midten av 1960-tallet at begrepet distriktspolitikk fikk et politisk innhold og ble aktivt brukt i den politiske debatten. Det var først og fremst Nord-Norge som var utgangspunktet for distriktspolitiske virkemidler og planer fordi landsdelen fra statens side var vurdert til å være et svakt utbygget område.<sup>42</sup>

I den første offisielle definisjonen av begrepene kom i Stortingsmelding nr. 87 (1966-67) *Om distriktsplanlegging*.

Regionalpolitikk ble der definert som *de prinsipielle retningslinjer for den offentlige sektors samlede påvirkning på lokaliserings- og bosettingsutvikling og for behandling av de særlige problemer som denne utviklingen reiser*.<sup>43</sup>

Distriktspolitikken ble definert som *en samlebetegnelse på de forskjellige offentlige tiltak som er utformet spesielt med sikte på å fremme den økonomiske utvikling og*

---

<sup>39</sup> Lysgård, 2007:85

<sup>40</sup> Ibid

<sup>41</sup> Selstad 2003:23

<sup>42</sup> Rovde 1990: 5

<sup>43</sup> St.meld. nr. 87. (1966-67) *Om distriktsplanlegging*: 1 og 2

*bedre levekårene i distrikter med svakt og ensidig næringsgrunnlag og dårlig utbygd samfunnsservice.*<sup>44</sup>

Samfunnsviter Olav Rovde som i 1990 gjennomgikk norsk distriktpolitikk som etterkrigshistorisk forskningsfelt, omtaler distriktpolitikk som et særskilt norsk fenomen, og videre at det ikke finnes klare paralleller til andre land, hvor *regionalpolitikk* er selve begrepet.<sup>45</sup> Rovde hevder at det var vanskelig å avgrense distriktpolitikk skarpt fra regionalpolitikk i 1960-årene fordi de to fenomenene var så sterkt sammenvevd i de politiske tiltakene. Ett eksempel på dette er for eksempel Nord-Norgeplanen fra 1952, som kan sees på som distriktpolitikk fordi hele landsdelen her ble sett på som et svakt utbygd område, men siden målsettingen er å utvikle hele regionen kan også <sup>begrepet</sup> regionalpolitikk benyttes.<sup>46</sup> Men distriktpolitikk inngikk også på en rekke andre områder, som samferdsel, bolig, men også utdanningspolitikken.<sup>47</sup> I oppgaven min er utdanningspolitikk et politikkområde som fikk distriktpolitiske betydning.

Rovde sier at det ikke var før ut på 1960-tallet av de første analysene om distriktpolitikk ble utarbeidet. Samtidig begynte en politisk debatt om emnet, der en rekke samfunnsforskere begynte å engasjere seg. Denne debatten var både faglig og politisk, og kan knyttes spesielt til Ottar Brox og hans bok *Hva skjer i Nord-Norge*.<sup>48</sup>

Selstad hevder at bruken av begrepene distriktpolitikk og regionalpolitikk har endret seg også i nyere tid. Dette ser vi f.eks. av *Effektutvalgets innstilling* (NOU 2004:2) som hadde i mandat å utrede virkningen av ulike typer statlig innsats for regional utvikling. Her defineres regional og distriktpolitikk på følgende måte:

*All statlig politikk har regionale konsekvenser og kan dermed oppfattes som regionalpolitikk i en viss forstand. Summen av statens politikk kalles den brede regionalpolitikken. Regionalpolitikk innebærer en helhetlig tilnærming, der byer og distrikter blir sett under ett. Den smale regionalpolitikken er den tilleggsinnsatsen som gjøres med sikte på næringsutvikling og levekår i distriktene. Den smale regionalpolitikken består av distriktpolitikken på Kommunal- og*

---

<sup>44</sup> St.meld. nr. 87 (1966-67) *Om distriktsplanlegging*: 1 og 2

<sup>45</sup> Rovde, 1990:4

<sup>46</sup> Rovde 1990:5

<sup>47</sup> Rovde, 1990: 5 og 6

<sup>48</sup> Rovde, 1990:6

*regionaldepartementets (KRD) budsjett pluss andre særlige distriktsmessige innsatser innen andre politikkområder. Distriktpolitikken er en del av den helhetlige regionalpolitikken, og er avgrenset geografisk til de delene av landet som defineres som distriktene. Omfanget av den brede regionalpolitikken er betydelig større enn omfanget av den smale. Derfor er effektene av den brede regionalpolitikken større, selv om distriktpolitikken er målrettet direkte mot distriktsproblemene.<sup>49</sup>*

Regionalpolitikken er større enn distriktpolitikken, på den måten at den har ambisjoner om å påvirke både sentrale og perifere områder. Distriktpolitikken skal i utgangspunktet tjene distriktene.<sup>50</sup> Regionalpolitikk er all politikk som påvirker romlig fordeling, intensjonalt eller ikke. Dette kaller Selstad *den store* regionalpolitikk. Den kalles for stor i betydningen av at den trekker inn alle sektorer og politikkområder som måtte være relevante for å skape regional utvikling.<sup>51</sup>

Denne måten å tilnærme seg regionalpolitikk på omtales som en mer helhetlig som dreier vekk fra den tidligere snevre distriktpolitikken og en nedtoning av periferorienteringen, til i dag å bruke uttrykkene den *brede* og den *smale* regionalpolitikken.<sup>52</sup> Selstad skriver også at siden 1980-tallet har det skjedd et gradvis skifte fra distriktstenkingen til en regiontenking, som han omtaler som et sakte paradigmeskifte.<sup>53</sup> Tydeligst er skiftet i EU-landene som på 1970-tallet førte en lignende distriktpolitikk som Norge, men ved utgangen av åttitallet var det tydelig at det hadde kommet inn en ny forståelse. Utviklingen skulle nå skje gjennom konkurransedyktige regioner, sammenfattet i begrepet *Regionenes Europa*. Visjonen uttrykker ikke bare en ny og større utviklingskraft i regionene, men kan også sees på som en svekkelse av nasjonalstaten i globaliseringens tidsalder. Derfor markerer skiftet også en endring vekk fra sentralplanlegging, til en utvikling basert på regionenes indre, *endogene* styrke.<sup>54</sup>

---

<sup>49</sup> NOU 2004:2. Effekter og effektivitet: 9

<sup>50</sup> Selstad 2003:8. Fulsås 1993:24

<sup>51</sup> Selstad, 2003:8

<sup>52</sup> Selstad 2003:55

<sup>53</sup> Selstad 2002:220

<sup>54</sup> Ibid



## 2.3 Regional- og distriktspolitikken i etterkrigstiden

Selstad, har i sin rapport til *Effektutvalget* (NOU 2004:2) gjennomgått diskursene fra det han omtaler som den sosialdemokratiske perioden i Norge (1930-1970).<sup>55</sup> Formålet var å se på distrikts- og regionalpolitiske diskurser i et historisk perspektiv.

En diskurs defineres av et sett talende aktører, og karakteriseres av en måte å definere et samfunnsproblem eller tematisk saksfelt på og inneholder også en måte å løse problemer på.<sup>56</sup> En diskurs kjennetegner noe vedvarende i en epoke. Selstad viser til at den regionalpolitiske diskursen har endret innhold over tid, og han har undersøkt hvilke regionale begreper har man hatt i de ulike fasene. Hvilke regionalpolitikk fantes, hvilken hovedinnretning og tematisk bredde den eventuelt hadde, hvilke regionalkonsepter den arbeidet med, hvilken faglig forståelse som lå til grunn og hvilke politiske og sosiokulturelle verdier og interesser som lå bak den.

Perioden 1945-1960 omtales som en gullalder for det planlagte samfunn. Selstad omtaler denne periodens regionaliseringsteori som rettet mot produksjonslivet, og da først og fremst industrien. Distriktspolitikken handlet grunnleggende om industrialisering, og interessen for distriktene skyldtes først og fremst at de skulle bidra sterkere til bruttonasjonalproduktet (BNP). Man trodde på den aktive Keynesianske stat, men hadde svak innsikt i regionale mekanismer. Moderniseringen ble utført fra statens sentrum og ut mot periferien.<sup>57</sup>

Perioden 1960-1975 kjennetegnes av utvikling av velferdsstaten og institusjonalisering av distriktsutviklingen. Det skjedde en ekspansjon i planapparatet, spesielt ved vedtak av plan- og bygningsloven i 1965. Men det er også viktig å merke seg at det var kommunene som stod for vekst i skole, helse, og sosialtjenester i denne perioden. Så i tillegg til å ha en sterk planleggende stat, spilte også *velferdskommunene* en viktig rolle.<sup>58</sup>

---

<sup>55</sup> NOU 2004:2 Effekter og effektivitet. Effekter av statlig innsats for regional utvikling og distriktpolitiske mål

<sup>56</sup> Selstad 2003:9

<sup>57</sup> Selstad, 2003:23

<sup>58</sup> Selstad, 2003:33. Velferdskommunen omtales i kapittel 3.

## 2.4 Regionen Nord-Norge

Innenfor historisk regionforskning har Nord-Norge vært gjenstand for særskilt interesse. Nord-Norge var den første regionen som ble definert utfra en avgrensning som var større enn fylkesinndelingen, og var den regionen som i størst grad var gjenstand for statlig politikk i mellomkrigstiden, men spesielt i gjenreisningsårene i etterkrigstiden, og selve utgangspunktet for distriktpolitikken.<sup>59</sup>

Regionen Nord-Norge er betegnelsen på Norges tre nordligste fylker Nordland, Troms og Finnmark.<sup>60</sup> Nord-Norge er på vel 107 128 km<sup>2</sup>, og utgjør ca. en tredel av Norge. Finnmark er det største fylket (45 984 km<sup>2</sup>), Nordland det nest største (36 194 km<sup>2</sup>) og Troms det minste (24 950 km<sup>2</sup>).<sup>61</sup> Rent geografisk spenner Nord-Norge fra 65 grader nord til 12-31 grader øst. En stor del av landsdelen ligger nord for polarsirkelen, men på grunn av Golfstrømmen er klimaet kun i visse innlandsområder arktisk. Landsdelen er variert fra store flate områder i Finnmark (Finnmarksvidda) til alpine områder i Lofoten. Fiskeri har historisk vært en viktig næringsvei for hele landsdelen. Befolkningen er sammensatt av nordmenn, samer og finner (kvener). Nord-Norge er altså en region med stor geografisk utstrekning, mangfoldig og sammensatt både i forhold til geografi, befolkning og språk. Dette i kontrast til fremstillingen av Norge som en homogen nasjon.<sup>62</sup>

Nord-Norge som regionbegrep omtales av flere forskere som en relativt ny historisk konstruksjon.<sup>63</sup> Nord-Norge har fra gammelt av verken utgjort en funksjonell næringslivsregion, en politisk-administrativ region eller en identitetsregion.<sup>64</sup>

Regionbegrepet Nord-Norge oppstod i Kristiania på 1880-tallet, som resultat av et ønske om å skape en fellesskapsfølelse for nordlendinger i hovedstaden.<sup>65</sup> Etter århundreskiftet ble begrepet i større grad tatt i bruk av den politiske og økonomiske eliten i landsdelen.<sup>66</sup> I mellomkrigstiden vant begrepet innpass i navnene på aviser og tidsskrifter, og det ble dannet politiske, faglige og næringsmessige sammenslutninger med en nordnorsk avgrensning. Det meldte seg nå krav om å heve landsdelen økonomisk og kulturelt, og Nord-Norge ble omtalt som en forsømt landsdel som var blitt hengende etter i det nasjonale fremskrittet. Etter andre

---

<sup>59</sup> Niemi 2007: 82

<sup>60</sup> Tjelmeland, 2000:1

<sup>61</sup> Statistisk årbok for Norge 2011. <http://www.ssb.no/aarbok/tab/tab-050.html>. Nedlastet 14. mai 2012.

<sup>62</sup> Niemi 2000:23 Tjelmeland, 2000:1

<sup>63</sup> Arbo/Niemi/Tjelmeland.

<sup>64</sup> Niemi 2007:82

<sup>65</sup> Arbo, 2007: 4

<sup>66</sup> Tjelmeland, 2000:10

verdenskrig ble Nord-Norge gjort til et eget politikkområde. Dette skyldtes krigens ødelegelser, og landsdelen ble gjenstand for omfattende planlegging fra statlig hold.

Men hvordan gikk regionaliseringsprosessen for seg? Niemi og Tjelmeland omtaler utviklingen av Nord-Norge som en region som unik fordi den var den første regionen som ble definert som en landsdel, altså en avgrensning større enn et fylke og gjenstand for statlig politikk.<sup>67</sup> Begrepet Nord-Norge ble som nevnt aktivt konstruert, men hadde bakgrunn i historiske røtter, og har gjennomgått en utvikling som kan inndeles i ulike faser.

Niemi hevder at de første skritt mot moderne regionalisme i Norge ble tatt på slutten av attenhundretallet, og begynnelsen av det tyvende århundre, og kom bl.a. som følge av dannelsen av grupper, lokalaviser, bevissthet om stedsnavn og politiske krav basert på regionale interesser. Begrep som Sørlandet, Vestlandet oppstod, og altså Nord-Norge.<sup>68</sup> Den første fasen av moderne regionalisme kan sees på som en forlengelse av nasjonsbyggingen, og gir dypere forståelse av den på den måten at denne prosessen ikke var komplett før regionene var definert.<sup>69</sup>

Med unntak av Nord-Norge var regionalismen i mellomkrigstiden mindre tydelig. Dette forklares ved at i denne perioden var nasjonsbyggingen sterk og dominerende i forhold til regionalismen. Først på 1970-tallet kom en ideologisk bølge av regionalisme, sammen med andre ideologiske trender, miljø, lokalsamfunn og strid om EF-saken. I dag er EU og regionalisme blitt viktig, og har stimulert til regional tenkning gjennom regionenes Europa.<sup>70</sup>

Niemi deler denne utviklingen av regionen Nord-Norge inn i fem faser som begynner i 1860, en faseinndeling som er inspirert av Hroch og Paasi.<sup>71</sup> Den første fasen strekker seg fra 1860 til 1914 og begynte med at en intellektuell elite av nordlendinger (studenter, kunstnere, akademikere, medlemmer av Nordlendingenes forening som startet i 1862), bosatt i Oslo (Kristiania) kom sammen og introduserte Nord-Norge som begrep i 1884. Nordlendingenes forening var den første regionbaserte foreningen av sitt slag som ble dannet i hovedstaden. Deres utgangspunkt var regional stolthet og ønske om å utvikle landsdelen til en moderne del av Norge. Navnet signaliserte også rent ideologisk at man så på regionene som en del av

---

<sup>67</sup> Niemi, 2007:82

<sup>68</sup> Niemi 2007:85

<sup>69</sup> Niemi, 2007: 85

<sup>70</sup> Niemi, 2000: 2

<sup>71</sup> Zachariassen, 2008: 118

nasjonen Norge. Disse kan omtales som regionalister, men ikke separatister som ville ut av nasjonalstaten, som omtalt i avsnittet over.

Den andre fasen, fra 1914 til 1940, er kjennetegnet av at Nord-Norge ble kjent som begrep, og fikk i mellomkrigstiden oppmerksomhet i rikspolitikken. Et politisk program, kalt *Nordnorsk reisning* ble etablert. Den tredje fasen går fra 1940 til ca. 1970 og er kjennetegnet av fokus på økonomisk vekst, og liten grad av organisert regionalisme. I gjenoppbyggingsfasen etter andre verdenskrig var det lite rom for regional kulturell identitetsbygging. Den femte fasen strekker seg fra 1970 til ca. 1990 og kjennetegnes av en strek utvikling av regional identitet. I den femte og siste fasen, det vil si fra ca. 1990 til i dag har det kommet nye problemstillinger rundt regional identitet i Nord-Norge, og fremvekst av nye regioner, eksempelvis Barents-region, en region som går på tvers av nasjonsgrensene.

Tjelmeland legger i sin faseinndeling størst vekt på regionaliseringsprosessen som en del av moderniseringen av Norge i vid forstand, og har en inndeling i tre faser som han ser i sammenheng med økonomisk utvikling og moderniseringen av Norge som nasjon. Faseinndelingen hans er fra 1900 til 1935, 1935-1970 og 1970-2000.<sup>72</sup> Zachariassen hevder at mens Niemi fokuserer på aktører og hendelser og i mindre grad prosessene som drev frem regionaliseringen, er Tjelmeland mer opptatt av modernisering og strukturendring av Norge og i mindre grad aktørene. Selv foreslo han en faseinndeling med 6 faser som skulle forene Niemi og Tjelmeland.<sup>73</sup>

I min oppgave vil jeg først og fremst anvende Niemis faseinndeling, og spesielt se på fasen fra 1940 til ca 1970 som han mener i mindre grad var kjennetegnet av organisert regionalisme, og med lite rom for regional kulturell identitetsbygging i gjenoppbyggingsfasen. Ved utbruddet av andre verdenskrig var regionaliseringsprosessen godt i gang, og Nord-Norge var introdusert og gjort kjent som en region med sine særtrekk, og begynnende trekk som identitetsregion.<sup>74</sup> I etterkrigstiden ble Nord-Norge gjenstand for gjenreisningspolitikk og sett på som en region med særskilte behov, og opphavet til den statlige distriktpolitikken. Det ble utarbeidet Nord-Norgeplanene i 1947 og 1952 med fokus på industri og økonomisk vekst, og derfor lite rom for identitetsbygging basert på kultur. Men med flere unntak, f.eks. Festspillene i Nord-Norge ble etablert i 1964 og Nordnorsk Kulturråd

---

<sup>72</sup> Tjelmeland, 2000:1

<sup>73</sup> Zachariassen, 2008:117 og 118

<sup>74</sup> Niemi, 2007:87

samme år. I 1968 ble vedtok Stortinget opprettelsen av Universitetet i Tromsø, og dette viser at fra 1960-tallet var i gang mange prosesser som pekte i retning av Nord-Norge som en identitetsregion.<sup>75</sup>

I Zachariassens faseinndeling er etterkrigstiden delt inn i to ulike faser, der skillet går i 1966. En fase går fra 1947 til 1966, omtalt som en periode der nordnorsk regionalisme integreres med nasjonal modernisering. Fasen er kjennetegnet av modernisering av nasjonen og politiske tiltak for å minske skillet mellom nord og sør, samtidig med en voksende regionalisme. Etableringen av Studieselskapet for Nordnorsk næringsliv i 1947 er et eksempel på dette, og markerer da også begynnelsen av denne fasen. Neste fase begynner i 1966 og bli kalt *Nord-Norsk regionalisme som et massefenomen*.<sup>76</sup> I 1966 skrev Ottar Brox sin bok *Hva skjer i Nord-Norge*, og i følge Zachariassen er denne boken et eksempel på at Nord-Norge hadde utviklet en sterk identitetsfølelse som kom innenfra, og at dette som i dette eksempelet viste seg bl.a. i protest mot sentralmaktens moderniseringspolitikk.<sup>77</sup>

Jeg skal i oppgaven se på hvilke måte bakgrunnen for begrepet landsdelsrelevans oppstod, og jeg vil bruke denne faseinndelingen som redskap for å forklare utviklingen. Nord-Norge som politisk region og som identitetsregion står sentralt. Politisk region fordi Nord-Norge var utgangspunktet for en statlig initiert distriktpolitikk med formål modernisering og industrialisering. Utviklingen av Nord-Norge som identitetsregion skjøt fart på 1960-tallet, og denne utviklingen er sentral for å forklare bakgrunnen for bl.a. medisinerutdanning som regionalt virkemiddel.

---

<sup>75</sup> Niemi, 2007:87

<sup>76</sup> Zachariassen, 2008: 130

<sup>77</sup> Zachariassen, 2008:132

## Kapittel 3 Historisk bakgrunn

Dette bakgrunnskapittelet skal først beskrive den norske medisnutdanningens historie, og deretter viktige trekk ved norsk etterkrigstid. Dette som grunnlag for å sette den videre analysen av utviklingen av Universitetet i Tromsø og medisnutdanningen i en kontekst.

### 3.1 Profesjonshistorie og medisnutdanning

Sett i et lengre historisk perspektiv og sammenlignet med andre europeiske land er ikke medisnutdanningen i Norge gammel, og helt frem til opprettelsen av Universitetet i Bergen i 1946, var det kun ett medisinsk fakultet i Oslo.

I 1811 ble det første norske universitet opprettet i Christiania: Det Kongelige Fredriks universitet.<sup>78</sup> Selve medisnutdanningen startet opp under provisoriske forhold i 1814 med tre professorer og tre studenter.<sup>79</sup> Et militærpsykehus ble benyttet til klinisk undervisning inntil et universitetssykehus ble åpnet i 1826. De bygningsmessige forholdene for preklinisk undervisning ble først ferdigstilt i 1852.<sup>80</sup> Men før jeg går inn på hvordan medisnutdanningen var organisert, og hvordan den endret seg i perioden 1814 til moderne tid, skal jeg beskrive noen overordnede historiske trekk ved medisnutdanningen i Norge.

#### 3.1.1 Medisin versus kirurgi

Historiker Per Haave omtaler den første medisnutdanningen i Norge som nyskapende fordi den integrerte både fagene medisin og kirurgi.<sup>81</sup> Dette var unikt fordi kirurgien og medisinen historisk hadde utviklet seg som to ulike disipliner, eller mer presist to ulike yrkeskategorier. Dette skyldtes at medisnutdanningen gjennom historien hadde gått langs to parallelle løp. Det ene løpet var medisnutdanning som et universitetsstudium, hvor språket var latin og det ble arbeidet mest med innvortes medisin.<sup>82</sup> Den andre utdanningsveien, kirurgien, tok form som et laugorganisert barberykke med utøvere fra lavere samfunnslag.<sup>83</sup> Barberkirurgene, som hadde sin opprinnelse fra bartskjærere, fikk imidlertid ansvar for legevirkosomhet i spesielt hæren, og opparbeidet seg dermed medisinsk kompetanse som også ble etterspurt i det sivile samfunnet. Den medisinske eliten i København så med mistro på barberkirurgenes medisinske virke og sørget for at kongemakten definerte grensene for medisinsk og kirurgisk praksis, først i

---

<sup>78</sup> Larsen.1989:9

<sup>79</sup> Larsen, 1996: 42 og 43

<sup>80</sup> Larsen, 1996: 42

<sup>81</sup> Haave 2009a:2

<sup>82</sup> Haave 2009a:2

<sup>83</sup> Haave 2009a:2

København (1619), dernest i hele riket (1672).<sup>84</sup> Forholdet mellom medisin og kirurgi omtaler Haave som et omstridt medisinhistorisk tema, og nevner flere forklaringer på hvorfor disiplinene nærmet seg hverandre.

Fra 1700-tallet og utover nærmet medisin og kirurgi seg innen praksis, lovgivning og utdanning. Etableringen av en enhetlig utdanning i 1814 omtales av Haave som skjellsettende, fordi medisinere og kirurger fikk en felles kunnskapsbase som gjorde det mulig å bygge et moderne profesjonsfelleskap.<sup>85</sup> Men det var ikke bare foreningen av kirurgi og medisin i seg selv som var viktig, det var ikke minst selve universitetsforankringen som var det nyskapende, og at universitetet ble den sentrale arkitekten i danningen av en forent profesjon. I andre europeiske land lot en slik universitetsbasert medisinsk kirurgisk utdanning vente på seg bl.a. fordi det allerede fantes kirurgiske legeskoler, og fordi kirurgiske og medisinske eliter ikke ønsket å forene medisin og kirurgi til én profesjon. At det skjedde en annen utvikling i Norge kan forklares ved at landets første legeutdanning kunne etableres på bar bakke. Viktig var det også at det på begynnelsen av 1800-tallet allerede eksisterte flere stillinger for kirurger enn for medisinere, slik at en ren medisinskole ikke var aktuelt.<sup>86</sup>

Men skillet mellom disiplinene ble ikke fullstendig opphevet. I siste halvdel av 1800-tallet ble forskjellen mellom medisinsk og kirurgisk praksis opplevd som større, fordi kirurgien med sine nye bedøvelsesmidler og sterile operasjonsmetoder ble mer teknisk og komplisert. Til tross for en felles medisinsk kirurgisk utdanning kviet mange leger seg for å praktisere moderne kirurgi, mens leger som helt viet seg til kirurgi, begynte å se på seg selv som legefelleskapets elite og erobret kunnskapen om flere indremedisinske sykdommer. Men dette truet ikke det profesjonsfelleskapet som var blitt skapt gjennom en felles universitetsutdanning for medisinere og kirurger. Konflikten mellom kirurger og medisinere skjedde nå innenfor et profesjonsfelleskap, og var ikke lenger en strid mellom to yrkesgrupper.<sup>87</sup>

---

<sup>84</sup> Haave 2009a: 6

<sup>85</sup> Haave 2009a:7

<sup>86</sup> Haave 2009a:4

<sup>87</sup> Haave 2009a:7

### 3.1.2 Hva kjennetegnet utvikling av medisinutdanningen i Norge?

Medisinutdanningen startet som sagt på bar bakke i 1814, med tre studenter og tre professorer. I begynnelsen var det ingen studieplan slik dagens utdanningsinstitusjoner er pålagt å ha, men med en definert fagkrets bestående av medisinsk historie, anatomi og fysiologi, dietetikk (kosthold), farmakologi og reseptlære, kirurgi og fødselsvitenskap samt rettsmedisin.<sup>88</sup>

Det var imidlertid flere studenter enn de tre offisielle medisinstudentene som fulgte undervisningen. Det fantes en overgangsordning som gjorde at ikke-akademiske borgere kunne avlegge en lettere medisinsk embetseksamen på morsmål.<sup>89</sup> Eksamenen hadde tittelen *examinus medicinae*, og studentene som avla denne trengte ikke *examen artium*, men måtte ha bestått den såkalte preliminæreksamen. I denne gruppen fantes bl.a. militærkirurger. Haave forklarer bakgrunnen for denne åpningen med at det var et stort behov for både leger og jurister i Norge. Denne ordningen varte fra 1815 til 1845. Da anså man legebehovet som dekket, og ønsket ikke lenger at denne gruppen medisinere skulle utkonkurrere medisinere med klassisk dannelsen.<sup>90</sup>

Hva som inngikk i fagene, rekkefølgen og hvordan de kan sammenlignes med dagens medisinske fag fremgår ikke. Men det har hele tiden pågått en utvikling av både fagenes størrelse, innhold og eksamensordning i hele perioden. Det som ikke endret seg før vi kom til andre verdenskrig var adgangen til studiet. Gjennom hele denne perioden (1814-1940) var medisinstudiet åpent, det vil si at kravet for å bli tatt opp som student var å tilfredsstille kravet til å bli immatrikulert ved universitetet.<sup>91</sup> Det var også et rådende syn at universitetsstudier skulle være frie i den forstand at det ikke ble stilt krav om rekkefølge, slik vi har med dagens utdanningsplaner.

Den første studieplanen ble vedtatt i 1826 av Det akademiske kollegium.<sup>92</sup> Det var en kortfattet plan med oversikt over fagene som inngikk i studiet, og anbefalt rekkefølge. Det var ingen store endringer i den opprinnelige fagsammensetningen. Neste endring fant sted i 1844. Det viktigste prinsippet for utdanningen var fortsatt direkte kontakt mellom lærer og student,

---

<sup>88</sup> Getz, 1963:603

<sup>89</sup> Larsen, 1968:2235

<sup>90</sup> Haave 2009b:240

<sup>91</sup> Larsen, 1989:29

<sup>92</sup> Larsen, 1968:2235



mer enn studieplanen som redskap for læring i seg selv.<sup>93</sup> Den store endringen fra 1844 var innføring av et karaktersystem, med graderte karakterer fra 1 til 12, i tillegg til utregning av en hovedkarakter. Det ble også innført et eksamensreglement, med en inndeling i tre avdelinger.<sup>94</sup>

I 1852 ble det vedtatt en revisjon av eksamensreglementet. Det blir også vedtatt at skriftlige eksamener skulle besvares på norsk og ikke på latin.<sup>95</sup> I 1877 ble det igangsatt en revisjon som følge av ønsket om å flytte undervisningens tyngdepunkt fra teoretisk til praktisk medisin. Antall karakterer i basalfagene ble redusert og den kliniske tjenesten ble utvidet og ble i større grad obligatorisk. I 1877 hadde fakultetet 8 professorer og 6 hjelpelærere. Studietiden var 7,5 år og studenttallet var i 1875 på 200.<sup>96</sup>

Endringene fra 1877 ble et tiår senere gjenstand for kritikk. Det var misnøye med både studieplanen og eksamensreglementet. Ønsket om et mer praktisk orientert studium, ved at undervisningens tyngdepunkt skulle flyttes fra det teoretiske til det praktiske, var ikke blitt tilfredsstillt.<sup>97</sup> Denne kritikken ble fremmet av Det norske medisinske Selskab som ville ha kortere studietid og bedre organisert klinisk undervisning. I 1887 nedsatte den nyopprettete legeforeningen en studieplankomite bestående av 3 medlemmer fra foreningen og 2 fra fakultetet. I 1889 la denne komiteen frem en anbefaling hvor noen av hovedpunktene var færre forelesninger og innføring av klinikker i flere av spesialfagene. Det ble også fremmet forslag om nytt karaktersystem med formål å forenkle utregning av hovedkarakter. Anbefalingen førte ikke til noen ny studieplan, men det ble som en konsekvens opprettet flere stillinger i disse spesialfagene.<sup>98</sup>

1897 ble en ny studieplankomite nedsatt av Det medisinske fakultet. Det kom krav om flere lærer, ikke minst fordi studenttallet nå var oppe i over 400. Ut over dette skulle studiet fortsatt være inndelt i tre avdelinger, men det ble nå understreket krav om rekkefølge i studiet, og ny modell for utregning av hovedkarakter.<sup>99</sup>

I 1899 ble det fremmet forslag til nytt studiereglement, som ikke ble vedtatt. Forslaget dannet imidlertid basis for en større endring i 1903-1904. I forkant av dette var det en stor debatt om

---

<sup>93</sup> Larsen, 1968:2237

<sup>94</sup> Getz, 1963:604

<sup>95</sup> Getz, 1963:604

<sup>96</sup> Ibid

<sup>97</sup> Getz, 1963:604

<sup>98</sup> Getz, 1963; 604-605

<sup>99</sup> Larsen, 1968:2237

medisinsk undervisning i Det norske medicinske Selskab. Erlend Hem, som har skrevet en artikkel om studieplanen fra 1903, forklarer dette med at debatten ikke bare handlet om medisinstudiet, men først og fremst om både medisinen og legenes selvbylde. Det norske medicinske Selskab var blitt åsted for en omfattende og krass kritikk av fakultetet og dets medlemmer. Det norske medicinske Selskab var ikke lenger et sted der professorene automatisk kunne opptre med større autoritet enn vanlige leger, i hvert fall ikke i spørsmål som gjaldt undervisningen.<sup>100</sup> Igjen dreide kritikken seg om at studieplanen var for lite detaljert og manglende pensum. Diskusjonen viste at det var et bredt ønske om reform. Først i 1914 kom en fullstendig revisjon av studiet. Men i mellomtiden skjedde andre endringer som fikk konsekvenser for undervisningen. Umiddelbart etter diskusjonen ble det laget en ny studieplan. *Plan for Det medicinske studium* ble gitt ut i desember 1903 og trådte i kraft våsemesteret 1904. Planen, som var på 16 sider, gav detaljert informasjon om hvordan undervisningen i hvert enkelt semester var lagt opp. Studieplankomiteen som utarbeidet denne planen inkluderte for første gang Medisinsk Selskab og legeföreningen. Komiteen involverte også andre utenforstående ved at de i sitt arbeid tok kontakt med landets praktiserende leger og sykehusleger, og spurte om de hadde merknader til eventuelle mangler i kunnskapsnivået til nyutdannede studenter.<sup>101</sup> Men heller ikke denne studieplanendringen la opp til en detaljert obligatorisk studieplan. Holdningen var fortsatt at studentene ikke burde bindes mer enn det de ble er gjennom de obligatoriske kurser og praktikanttjeneste.

### **3.1.3 1923-1940 Fra fritt og åpent til lukket medisinstudium**

I perioden 1914-1940 var medisinstudiet et fritt studium. Det var fritt på den måten at det ikke var noen særegne opptaksbegrensninger ut over krav om immatrikulering, og det var fritt ved at studentenes eget initiativ skulle være drivkraften og den overordnede faktor i studiet. De regulerende tiltakene som etter hvert tvang seg frem i form av timeplaner og kursopplegg rokket ikke ved dette frihetsprinsippet.<sup>102</sup> Men ble det et stort behov for koordinering, dette som følge av mange studenter og at det kom til flere spesialfag. Det ble også innført elementer av obligatorisk undervisning for å sikre at kandidatene holdt er visst faglig nivå.<sup>103</sup>

---

<sup>100</sup> Hem, 2003:2758

<sup>101</sup> Getz, 1963:607

<sup>102</sup> Larsen, 1968:2236

<sup>103</sup> Larsen, 1968:2236

Det første kravet om lukking av studiet kom i 1902, men dette var ikke av hensyn til studiekvaliteten, men heller uttrykk for redsel for overproduksjon av leger.<sup>104</sup> Men debatten om åpent eller lukket studium som kom i perioden 1914 og som varte helt til 1940 handlet ikke primært om dette. Endringer i studiet som skjedde i mellomkrigstiden var først og fremst foranlediget av kapasitetsproblemer som følge av et stort studenttall, og derav spørsmålet om studiekvalitet.<sup>105</sup> Det medisinske fakultet ville i 1923 lukke studiet fordi undervisningskapasiteten ikke strakk til.<sup>106</sup> Det oppstod en konflikt i 1920-årene og konfliktlinjene dreiet seg om prinsippet om akademisk frihet og legedekning satt opp mot kvalitet på undervisningen og kontroll med egen profesjon på den andre siden. Aktørene i denne konflikten var stortingspolitikere på den ene siden og Det medisinske fakultet og Legeforeningen på den andre siden.<sup>107</sup> Hovedproblemet var at studentmassen fortsatt økte, og det var trangt om plassen, og langer køer for å begynne på den kliniske delen av studiet. I 1923 ble det nedsatt en begrensingskomite, og det ble fremmet ønske om å vurdere samfunnets totale behov for leger. I 1940 ble medisinstudiet lukket, men vedtaket ble effektivt først etter andre verdenskrig.<sup>108</sup> Utviklingen fra 1811 endte altså med at medisinstudiet ble lukket. Det ble i denne prosessen synliggjort en konflikt mellom legeprofesjonen og Stortinget.

Etter krigen medførte lukkingen at mange studenter som ikke fikk plass reiste til utlandet for å studere. Dette ble kilden til en ny strid om de såkalte utenlandsmedisinere skulle få lisens til å praktisere i Norge.<sup>109</sup>

Øivind Larsen oppsummerer studieplanendringene fra 1814 med at studieplanen utviklet seg gjennom hele det 19. århundre. Men den viktigste utfordringen ser ut til å ha vært å finne balanse mellom teoretisk kunnskap og praktiske ferdigheter.<sup>110</sup> Og denne debatten fortsatte også etter 2. verdenskrig.

---

<sup>104</sup> Larsen, 1968:2238

<sup>105</sup> Haave 2009

<sup>106</sup> Haave, 2009b:238

<sup>107</sup> Haave, 2009b:243-250

<sup>108</sup> Haave, 2009b:238

<sup>109</sup> Haave, 2009b:259

<sup>110</sup> Larsen, 1996:43

## 3.2 Norsk etterkrigstid 1945-1972

Gjenreisning, sentralstyring og politisk konsensus om de store linjene i politikken er viktige kjennetegn ved perioden som gjennomgående blir trukket frem i forskningslitteraturen. Det samme gjelder omtalen av troen på planlegging som et verktøy for vekst og velstand.<sup>111</sup> Norsk etterkrigstid omtales som en periode hvor Norge gjennomgikk en mer gjennomgripende forandringen både økonomisk og sosialt enn i noen generasjon tidligere.

De strukturelle endringene var både raskere og mer drastiske i etterkrigstiden enn i tidligere perioder.<sup>112</sup> Oppsummert handlet disse endringene om økt industrialisering, tilbakegang for primærnæringen, økonomisk vekt og høyere produksjon.<sup>113</sup>

Da Stortinget vedtok opprettelsen av Universitetet i Tromsø i 1968, ble dette allerede i 1971 omtalt som et tegn på at distriktspolitiske argument nå hadde fått politisk tyngde.<sup>114</sup> Slutten av 1960-tallet markerte at en periode preget av sterk nasjonal politisk sentralstyring var i ferd med å bli erstattet av blant annet nye tanker om distriktspolitikk, som også er omtalt i kapittel 2. Jeg skal videre i dette kapittelet sammenfatte trekk ved perioden som er vesentlig for å forklare den historiske konteksten til mitt oppgavetema. Derfor vil jeg spesielt belyse hvilke politikk som ført overfor Nord-Norge, samt belyse perioden i forhold til helsepolitiske utfordringer og regional- og distriktspolitikken.

## 3.3 Folkets helse – landets styrke. Den nasjonale helsepolitikken og velferdsstaten

Historiker Aina Schiøtz som har skrevet historien om det offentlige helsevesen i Norge har gitt perioden 1945-1972 overskriften *Systemet Evang*.<sup>115</sup> Karl Evang var helsedirektør fra 1945 til 1972 og hadde både i kraft av sin posisjon, men ikke minst som person en stor innflytelse på norsk helsepolitikk etter andre verdenskrig. Hans periode som helsedirektør representerer på mange måter en egen epoke i norsk helsehistorie.<sup>116</sup> Kort tid etter at Evang vendte hjem fra Storbritannia etter andre verdenskrig formulerte han et program for gjenreisning av den norske folkehelsen og det norske helsevesen, basert på fire satsingsområder: reorganisering av den sentrale medisinaladministrasjon, reorganisering og

---

<sup>111</sup> Selstad, 2003: 23

<sup>112</sup> Hansen og Holt-Jensen 1982:165 og Bergh m.fl. 1988: 20.

<sup>113</sup> Furre, 1992:240.

<sup>114</sup> Rommetveit, 1971:74

<sup>115</sup> Schiøtz:2003:309

<sup>116</sup> Schiøtz, 2003:310

oppbygging av sykehusvesenet, styrking av det offentlige legevesen og en grundig gjennomgang av helselovgivningen.<sup>117</sup>

Begrepet velferdsstaten og forståelsen av det ideologiske fundamentet for dette fremheves av bl.a. historiker Aina Schiøtz og andre som har skrevet om helsehistorie i norsk etterkrigstid. Velferdsstatens verdigrunnlag var trygghet, frihet og likhet – og at enhver borger har en moralsk forpliktelse til å vise samfunnssolidaritet og tjene fellesskapet. Det finnes mange ulike fremstillinger av velferdsstatens fundament. I denne fremstillingen er hovedpoenget å få frem hvilken ideologi som lå til grunn for den politikken som ble ført, og at dette hadde en stor relevans for helsepolitikken i Nord-Norge.

Velferdsstaten blir gjerne betegnet som en epoke der det offentlige har hovedansvaret for finansiering og produksjon av sosiale ytelser, og der de ulike velferdssektorene ekspanderte med tverrpolitisk oppslutning.<sup>118</sup> Tildeling av ytelsene skulle være tuftet på universalistiske prinsipper.<sup>119</sup> Virkemidlene var sterk statlig styring, et bredt offentlig engasjement og planstyre. Det siste i betydningen av et samlet program for utviklingen innenfor de ulike sektorene. Denne politikken ble utført i samsvar med periodens kjennetegn, nemlig politisk konsensus om tiltro til planpolitikken, og at landet best kunne styres gjennom et offentlig plansystem ledet fra sentralt hold.

*Fagstyret* var også et viktig kjennetegn ved denne perioden. I dette uttrykket ligger det at sterke fagfolk trådte inn i sentrale posisjoner i landets byråkrati, og skapte et uklart skille mellom politikk og byråkrati, og som følge av dette mye makt til fagbyråkratene.<sup>120</sup> Arbeiderpartiet, som hadde politisk flertall i store deler av etterkrigstiden, mente at fagfolk var en forutsetning for å få landet gjenreist. Dette er noe av bakgrunnen for at en mann som Helsedirektør Karl Evang som person fikk stor innflytelse. Evang bygget opp et sterkt helsedirektorat hvor han bl.a. rekrutterte leger, og ikke jurister inn i sentrale byråkratiske posisjoner. Evang sikret på denne måten en stab som var lojale mot først og fremst ham selv som helsedirektør og lege. Hans sterke meninger og personlige involvering i diskusjonen om lokalisering av medisinstudium er det mange eksempler på i kildematerialet mitt.<sup>121</sup>

---

<sup>117</sup> Schiøtz, 2003: 209

<sup>118</sup> Schiøtz, 2003: 210

<sup>119</sup> Ryymin og Andresen, 2009:97

<sup>120</sup> Schiøtz, 2003:312

<sup>121</sup> Se oversikt over brev i oversikt over upubliserte kilder.

Evang var selv lojal mot det ideologiske fundamentet for velferdsstaten. Staten og fellesskapet hadde ansvar for folkets helse, han ville samordne helsetjenestene på nasjonalt nivå, organisere en effektiv og legestyrt helseadministrasjon, og ha en velfungerende primærhelsetjeneste og institusjonshelsetjeneste som fungerte godt for alle landets borgere uavhengig av bosted og økonomisk yteevne. Han var også opptatt av Nord-Norge, og spesielt helsesituasjonen i Finnmark. Det sterke engasjementet for Nord-Norge kom tydelig frem i flere brev hvor han uttrykte stor motstand mot plasseringen av medisinstudium i Tromsø. Begrunnelsen hans var hensynet til landsdelen selv, da han mente at det nye universitetet ville forsinke sykehusutbyggingen i hele Nord-Norge, og at dette var en lite effektiv måte å øke antall leger.<sup>122</sup>

Utviklingen av velferdsstaten må også sees i sammenheng med utviklingen av velferdskommunen. Selstad omtaler i denne forbindelse at ordet velferdsstat ikke er helt treffende. Dette fordi mye av den sterke veksten i skole, helse og sosialtjenester i denne perioden ble kanalisert gjennom kommunene og var der synlige for befolkningen.<sup>123</sup> Denne utviklingen skjedde i to trinn, fra 1940 til 1960 og fra 1960 til 1980. Først førte sterkere kommuner til høyere egenaktivitet, dernest ble kommunenes tiltak integrert i den nasjonale velferdspolitikken.<sup>124</sup> Selv om sentralisering var etterkrigstidens styringsparadigme, så var det kommunene som skulle være redskaper for å nå nasjonale velferds mål. Berge Furre omtaler 1960-årene som gjennombruddstiden for det store kommunale byråkratiet.<sup>125</sup> Kommunen ble en bærebjelke i utviklingen av velferdsstaten, og omtales av historiker Tore Grønli som en kommunal renessanse.<sup>126</sup> Den kommunale renessanse var på denne måten første trinn i velferdsstatsutviklingen, ved blant annet at kommunene frivillig økte sine velferdsgoder.

Denne politikken krevde større enheter og sterkere styring. Kommunene var blitt slått sammen til større enheter, slik at 1965 var det blitt 300 færre kommuner i landet. Fra denne tiden kom et nytt trekk til: fylkeskommunen økte i betydning.<sup>127</sup> Dette blir sett på som en viktig del av velferdsutviklingen og det var større rom for kommunale ytelser blant annet fordi

---

<sup>122</sup> Bl.a. i PM til sosialminister Aarvik, om planlegging av Det medisinske fakultet i Tromsø, 5.12.1968. Men også gjentatt i flere brev og utredninger.

<sup>123</sup> Selstad, 2003: 33

<sup>124</sup> Seip, 1991:35

<sup>125</sup> Furre, 1996:317

<sup>126</sup> Furre, 1996:317

<sup>127</sup> Seip, 1991:34

trygdeytelsene ble statlige. Først i 1960-årene ble velferdsstaten ledende i forhold til velferdskommunen.<sup>128</sup>

### 3.4 Utfordringene i Nord-Norge

Etterkrigstidens Norge hadde mange helsepolitiske utfordringer, og disse utfordringene var enda større for Nord-Norge i mange sammenhenger. I denne oppgaven er det spesielt mangel på og fordeling av helsepersonell, sykehusutbygging og spesialisering, sykdomsutvikling og forebygging som står sentralt.

Nord-Norge-planene som kom i 1947 og 1952 inneholdt lite om helse og utdanning, men Helsedirektør Evang fikk poengtert overfor myndighetene at helse var en viktig forutsetning for nasjonens fremgang, og da ikke minst økonomisk fremgang, *derav uttrykket folkets helse – landets styrke*, som er blitt et kjent slagord.

Helsedirektør Karl Evang var en markant aktør for å få iverksatt den nasjonale målsettingen om lik tilgang til helsetjenester i hele landet, uavhengig av bosted og sosial tilhørighet. Nord-Norge hadde som sagt spesielt store helseutfordringer. Nord-Norge, og spesielt Finnmark var lagt i ruiner etter andre verdenskrig, og måtte bygges opp så og si fra grunnen av.<sup>129</sup> Helseinstitusjoner måtte bygges opp, og det var store problemer med mangel på helsepersonell.<sup>130</sup> Befolkningssammensetningen medførte både språklige og kulturelle utfordringer på grunn av det etniske mangfoldet med nordmenn, samer og kvener. I tillegg var sykdommen tuberkulose i tillegg til andre infeksjonssykdommer en stor trussel etter andre verdenskrig, noe som ble forsterket av mangelfull sykehuskapasitet.<sup>131</sup>

Ett problem var legenes antall nasjonalt, men i tillegg ble dette problemet forsterket av at alt for få leger ønsket å jobbe i distriktene, og dette rammet spesielt Nord-Norge.<sup>132</sup> Men til tross for mange utfordringer skjedde det en betydelig kvalitetsheving i helsetjenestene på 1960-tallet.<sup>133</sup> Men denne utviklingen medførte også en stor konsentrasjon av helsepersonell i sentrale strøk på bekostning av distriktene. I årene 1956 til 1961 søkte 53 prosent av den samlede nettotilgang av leger seg til sykehusvesenet. Dette blant annet som følge av spesialisering og utbygging av sykehusvesenet, som gjorde disse jobbene mer attraktive. Dette

---

<sup>128</sup> Seip, 1991:35

<sup>129</sup> Schiøtz, 2003:305

<sup>130</sup> Schiøtz, 2003:331

<sup>131</sup> Ryymin og Andresen, 2009: 99

<sup>132</sup> Schiøtz, 2003:336

<sup>133</sup> Schiøtz 2003:325.

rammet spesielt Nord-Norge hardt, og da spesielt i forhold til allmennlegetilbudet. I Loppa, tidlig på 1960-tallet, på Finnmarkskysten stod for eksempel 10 000 mennesker uten legehjelp for å illustrere.<sup>134</sup>

For å øke rekrutteringen av leger til distriktene forsøkte helsemyndighetene å tilby bolig, lengre ferier og andre stimuleringsiltak, men uten å lykkes. Beordring av leger ble også vurdert, men fikk ingen politisk tilslutning.<sup>135</sup>

Det ble ikke tatt virkelig tak i problemene før på slutten av 1960-årene. I 1963 ble det nedsatt en helsepersonell-komite, også kalt Kringlebotn-komiteen. Mandatet til komiteen var å legge frem forslag til tiltak som kan sikre tilstrekkelig tilgang på og hensiktsmessig spredning av helsepersonell.<sup>136</sup> Innstillingen kom i juli 1967 og tok for seg leger og tannleger. Det helsepersonellkomiteen foreslo var å øke utdanningskapasiteten, endre opptaksreglene for å rekruttere studenter med bredere interesser og opprette et sentralt legefordelingsråd.<sup>137</sup> Helsepersonell-komiteens innstilling ble fulgt opp av Stortingsmelding nr. 85 (1970-71) *Om helsetjenesten utenfor sykehus*, som ble retningsgivende for utviklingen av primærhelsetjenesten på 1970-80-tallet. Imidlertid var mye skjedd siden komiteen ble nedsatt. Noen av problemene var blitt redusert som følge av ny tidsånd, hvor ideen om å reise ut i distriktene for å tjene landet fikk verdi, samt store kull med utenlandsstudenter også var med på å bedre legefordelingen.<sup>138</sup> Etterutdanningstilbud for primærleger gjorde det også mer attraktivt å søke seg over i primærhelsetjenesten. Men problemene var langt fra løst, og preget debatten, som etter hvert preget diskusjonen om opprettelsen av Universitetet i Tromsø.

Opprettelsen av Universitetet i Tromsø i 1968, og beslutningen om å opprette en medisinstudium var en svært viktig faktor for å bedre legedekningen i et lengre perspektiv. Som sagt innledningsvis ble vedtaket om opprettelsen av et universitet i Tromsø sett på som et brudd på etablert utdanningspolitikk, og markerte at distriktspolitiske argument hadde blitt tillagt politisk tyngde som overgikk de faglige rådene fra spesielt helsedirektøren.

---

<sup>134</sup> Schiøtz, A. 2003:337

<sup>135</sup> Ibid

<sup>136</sup> Schiøtz, A. 2003:338

<sup>137</sup> Schiøtz, A. 2003:339

<sup>138</sup> Schiøtz, A. 2003:338



## Kapittel 4 Landsdelsrelevans og syn på sammenhenger 1960-1968

Etterkrigstiden var en periode i norsk historie preget av store endringer, og med et gjennombrudd for distriktpolitikken mot slutten av 1960-tallet. I dette kapittelet skal jeg undersøke bakgrunnen for begrepet landsdelsrelevans. Innledningsvis la jeg til grunn en tolkning av uttrykket som *redskap for regional endring*, og at Universitetet i Tromsø og studietilbudene hadde et formål utover det å utdanne kandidater, gjennom å påvirke landsdelen, det vil si regionen Nord-Norge i positiv retning.

Jeg skal her gjennomgå perioden 1961 til 1968, for å finne ut trekk ved utviklingen som kan ha vært bakgrunnen for at Universitetet i Tromsø skulle være et universitet med landsdelsrelevans. Jeg skal også vise eksempler på hvordan landsdelsrelevans kom til uttrykk i praksis ved Universitetet i Tromsø.

Jeg begynner med Kleppe-komiteens innstilling som var den første helhetlige utredningen om høyere utdanning i Norge. Denne innstillingen markerer det første avgjørende skritt mot vedtaket av et universitet i Nord-Norge i 1968.

### 4.1. Kleppe-komiteens innstilling

Etterkrigstiden var kjennetegnet av tro på planlegging for vekst og velstand, og dette ble på 1950 og 1960-tallet også gjeldende for utdanningsfeltet, som nå var blitt et viktig politikkområde.<sup>139</sup> Den såkalte Kleppe-komiteen ble oppnevnt av Kirke- og undervisningsdepartementet 7. januar 1960 med Per Kleppe som leder. Komiteens offisielle navn var *Komiteen til å avgi innstilling om den videre utbygging av universitetene og høgskolene*, og hadde i mandat å komme med forslag til rammeplaner for utviklingen av universiteter og høgskoler og vurdere hvilken utbygging innen sektoren disse planene ville kreve. Dette innebar også at komiteen skulle komme med forslag til utbygging i perioden 1961-1970, inkludert prioritering og tempoplan for første femårs-periode. Det ble videre utredet hvilket behov Norge hadde for akademisk arbeidskraft i fremtiden, definert målsettinger og hvordan man skulle nå disse ut fra et helhetlig perspektiv.

Utdanning fikk nå mer og mer en betydning for nasjonsbyggingen, både for samfunnet som helhet og som et gode for enkeltmennesket.<sup>140</sup> Det ble lagt til grunn en sosialøkonomisk

---

<sup>139</sup> Furre, 1996:318

<sup>140</sup> St.meld. nr. 91 (1961-62) Om den videre utbygging av universiteter og høgskoler: 5

vurdering av utdanning som investering, og ikke en utgiftspost.<sup>141</sup> Kleppekomiteens innstilling ble fulgt opp av stortingsmelding nr. 91 (1961-62) *Om den videre utbygging av universiteter og høyskoler*, som ble lagt frem 18. mai 1962.

Både Kleppe-komiteen og stortingsmeldingen la opp til ekspansjon og vekst innen høyere utdanning og forskning. Ekspansjonsbehovet ble forklart med forskningens viktige betydning og krav til undervisningsvirksomheten i form av økt behov i samfunnet for høyt utdannet og spesialisert arbeidskraft. Investering i høyere utdanning ville ha en gunstig effekt på verdiskaping og bidra til økonomisk vekst, og sosial utjevning.<sup>142</sup> Forslagene må også sees i sammenheng med den ideologi og de styringsprinsipper som lå som et fundament for Arbeiderpartiet og gjenreisningen av landet og utbygging av velferdsstaten.<sup>143</sup> Behov for økt kapasitet skyldtes også de store barnekullene etter krigen og den sterke økningen i artianere som kom i begynnelsen av 1960-årene.<sup>144</sup>

I Kleppekomiteens forslag ble det vektlagt å bygge ut de eksisterende institusjonstypene, altså universitetene og de vitenskapelige høyskolene.<sup>145</sup> Komiteen hadde stipulert at antallet studenter i løpet av perioden frem mot 1970-tallet ville komme opp i ca. 18 000.<sup>146</sup> Dette anslaget ble lagt som ramme for omfanget av den utbyggingen de mente burde skje ved universitetene i Bergen og Oslo. Komiteen foreslo også at det på sikt skulle bygges to nye universiteter i Norge, Trondheim og en filial i Tromsø.<sup>147</sup>

I stortingsmeldingen kom forslaget om en utdanningsinstitusjon i Nord-Norge inn med en helt annen tyngde ved at det ble lagt til en formulering om at Nord-Norge *etter hvert får egen selvstendig institusjon for utdanning på universitets- og høyskolenivå*, og det ble det for første gang etter andre verdenskrig tatt opp spørsmål om medisintidning og legebehov i en nasjonal sammenheng.<sup>148</sup> Dette forklares av Rommetveit med at helsedirektøren i sin høringsuttalelse til Kleppe-komiteen hadde anbefalt at mulighetene for å opprette et tredje utdanningscenter burde undersøkes nærmere.<sup>149</sup> Helsedirektøren mente at det ikke var noe i veien for å vurdere Trondheim, men pekte også på de muligheter som forelå for å legge det til

---

<sup>141</sup> NOU 2000:14 Frihet med ansvar. Om høgre utdanning og forskning i Norge: 691

<sup>142</sup> Vabø og Aamodt, 2005:13

<sup>143</sup> Ibid

<sup>144</sup> Rommetveit, 1971:3

<sup>145</sup> Vabø og Aamodt, 2005:13

<sup>146</sup> St.meld. nr. 91 (1961-62): 3

<sup>147</sup> Vabø og Aamodt, 2005:13

<sup>148</sup> St. meld. Nr. 91 (1961-62):24

<sup>149</sup> Rommetveit, 1971:91

Tromsø, særlig på grunn av de vansker man hadde når det gjelder å opprette en forsvarlig helsetjeneste i Nord-Norge og de spesielle forskningsoppgaver som forelå for denne landsdelen.<sup>150</sup>

Kleppekomiteen, og den påfølgende stortingsmeldingen var altså svært viktige for etableringen av Universitetet i Tromsø, men inneholdt ikke stor grad av argumentasjon eller teorier om at lokalisering av utdanningsinstitusjoner kunne ha betydning for den enkelte region, annet enn at det nevnes at universiteter og høyskoler er av stor betydning for det distrikt der de blir plassert.<sup>151</sup> Utgangspunktet var de samlede nasjonale betraktninger der undervisningssektoren var en av flere sektorer som skulle bygges ut, og ikke for eksempel vurderinger av hva den enkelte utdanningsinstitusjon kunne bety for lokalsamfunn eller landsdel.<sup>152</sup> Men stortingsmeldingen la noen føringer og reiste noen problemstillinger, som senere fikk stor relevans i debatten som kom, og hvor distriktpolitiske argumenter fikk gjennomslag.

I stortingsdebatten om stortingsmeldingen 11. mars 1963 fremkom det at utbygging av utdanningsinstitusjoner var et tema som handlet om noe mer enn kapasitetsspørsmålet alene. Utflytting, eller lokalisering av høyere utdanningsinstitusjoner andre steder enn i Oslo og Bergen, handlet nå om noe mer enn avlastning.<sup>153</sup> Mange av debattantene tok til orde for at et universitet i Tromsø kunne være et viktig argument for å løse legemangelen i Nord-Norge, men også at det ville være av stor betydning for å utvikle landsdelen kulturelt. Statsråd Helge Sivertsen uttalte i stortingsdebatten at: *Eit universitet i Tromsø ville vere eit symbol på den kraft og den kulturelle evne landsdelen eig.*<sup>154</sup>

Det ble i debatten også henvist til at siden Kleppe-komiteen leverte sin innstilling var det etablert flere lokale universitetskomiteer. Universitetsutbygging ble til universitetsdesentralisering, og fremsto i debatten som et begrep med et annet innhold enn det som opprinnelig var tenkt i Kleppekomiteen. Meningsinnholdet i uttrykket endret seg altså fra avlastning til distriktpolitikk.

Kleppe-komiteens innstilling passet godt sammen med den ideologi og planøkonomiske tenkemåte som kjennetegnet etterkrigstiden, nemlig økonomisk vekst og

---

<sup>150</sup> St.meld. nr. 91 (1961-62): 26

<sup>151</sup> St.meld. nr. 91 (1961-62): 29

<sup>152</sup> Rommetveit, 1971:81

<sup>153</sup> Stortingstidende. Debatt om St.meld. nr. 91 (61-62):2464

<sup>154</sup> Stortingstidende. Debatt om St.meld. nr. 91 (61-62):2461

velferd for utbygging av velferdsstaten. Men i stortingsdebatten fremgikk det at lokaliseringen av utdanningsinstitusjoner fikk betydning utover denne vekst- og nytte-tankegangen. Dette ble også fulgt opp ved at det ble nedsatt en egen komite som skulle utrede opprettelse av et universitet i Tromsø gjennom nedsettelse av Ruud-komiteen. Et mulig universitet i Tromsø ble oppfattet som en løsning på mange av de problemene Nord-Norge stor overfor, selv om man på dette tidspunktet ikke hadde undersøkt nærmere hvilke virkninger plasseringen av et universitet kunne få.<sup>155</sup>

I etterkant av Kleppekomiteen ble det nedsatt flere viktige utvalg og komiteer, som hadde stor betydning for norsk utdanningspolitikk årene fremover. Den viktigste var Ottosen-komiteen, oppnevnt i 1965 og dens fem delinnstillinger som kom i perioden 1966-1970 foreslo en rekke reformer i utdanningssystemet. Den foreslo en rasjonalisering og effektivisering av universitetsstudiene: kortere, mer yrkesrettede studier som alternativ til de lange embetsstudier. Dette reformprosjektet strandet - i første omgang, bl.a. som følge av studentopprøret i perioden rundt 1970. Men et viktig resultat av Ottosen-komiteens reformforslag var opprettelsen av distriktshøyskoler som et regionalpolitisk virkemiddel: en yrkesutdanning med nær tilknytning til lokale forhold.<sup>156</sup>

## 4.2 Ruud-komiteens innstilling

Stortingsbehandlingen av Kleppekomiteens innstilling resulterte i et vedtak om videre utredning av et universitet i Tromsø. Ruud-komiteen ble nedsatt 1963 og fikk i mandat å vurdere opprettelse av et universitet i Tromsø som et reelt alternativ. Utviklingen fra Kleppekomiteens innstilling hvor utdanning ble tillagt en samfunnsverdi ut fra et nærmest sosialøkonomisk perspektiv til utdanning også ble sett på som et distriktspolitisk virkemiddel var nå en realitet. Fulsås oppsummerer dette med at den regionalpolitiske argumentasjonen for et universitet i Tromsø inneholdt to dimensjoner: Den viktigste var likestillings- og rettferdighetsargumentet som innebar en målsetting om samme muligheter til høyere utdanning for nordnorsk ungdom som for alle andre.<sup>157</sup> Den andre dimensjonen var argumentet om at universitetet skulle være med å utvikle landsdelen, altså en videreføring av gjenreisningsarbeidet. Han fremhever spesielt at nedsetting av Ruud-komiteen gikk i distriktspolitisk retning ved at det ble fokusert på Nord-Norge som landsdel. Og det var altså

---

<sup>155</sup> Rommetveit, 1971:90

<sup>156</sup> St. meld. Nr. 91 (1961-62) *Om den videre utbygging av universiteter og høyskoler*

<sup>157</sup> Fulsås, 1993:91

gjennom Ruud-komiteen at Universitetet i Tromsø fikk et gjennombrudd. Innstillingen munnet ut i et forslag om at det skulle opprettes et universitet i Tromsø, som frem til 1980 skulle ha en kapasitet på 3000 studieplasser.<sup>158</sup> Det hadde altså kort tid etter Stortingsbehandlingen av Kleppe-komiteens innstilling skjedd en betydelig utvikling. Men hva kjennetegnet denne utviklingen av synet på utdanning som distriktspolitisk relevant?

Mandatet til Ruud-komiteen var omfattende. Komiteen skulle i første omgang vurdere behovet for å sette i gang utdanning på universitetsnivå i Tromsø på grunnlag av retningslinjene i St.meld. nr. 91 (1961-62) *om utbygging av våre universitet og høyskoler*. I dette inngikk spørsmålet om hvilke fag det var hensiktsmessig å tilby, og da sett i lys av nord-norske behov. Kleppekomiteen hadde signalisert realfag, samiske studier, men også at utbygging av sykehuskapasiteten i Nord-Norge kunne gjøre det aktuelt med klinisk-medisinsk utdanning på sikt. Komiteen fant at utdanningsnivået i Nord-Norge var lavere enn i resten av landet, til tross for en viss bedring de siste årene etter krigen, og at det i 1961 kun var 8,6 % av nye studenter på universitet og høyskoler fra Nord-Norge.<sup>159</sup>

Argumentasjonen for opprettelse av et universitet i Tromsø bygget på fem grunnleggende faktorer:<sup>160</sup>

*Betydningen av et universitet i Tromsø som middel for å avhjelpe den mangel på akademisk arbeidskraft som i dag preger Nord-Norge i langt sterkere grad enn noen annen landsdel.*

*Lettere tilgang for nord-norsk ungdom til høyere utdanning.*

*Betydningen av et universitet for Nord-Norges sosiale og økonomiske utbygging.*

*Nødvendigheten av å skaffe et betydelig antall studieplasser utover det universitetene i Oslo, Bergen og Trondheim var planlagt for.*

*En rekke presserende forskningsoppgaver som det vil være nødvendig for et universitet i Tromsø å ta seg av.*

Vi ser her at argumentene handlet om betydningen for Nord-Norge, men også at universitetet skulle være en del av det nasjonale systemet for utdanning. Det ble nå også skrevet i en regjeringsoppnevnt innstilling, og ble dermed en del av det offisielle synet.

---

<sup>158</sup> Innstilling om mulighetene for høyere undervisning og utvidet forskning i Tromsø, avgitt 9. august 1963 (Ruud-komiteens innstilling)

<sup>159</sup> Ruud-komiteens innstilling:9

<sup>160</sup> Ruud-komiteens innstilling:14

### 4.2.1 Hvor kommer legene fra og hvor bli de av?

Dette var tittelen på Torstein Bertelsens artikkel i *Tidsskrift for Den norske legeforening* som av Narve Fulsås trekker frem som svært vesentlig for at Ruud-komiteen fikk gjennomslag. Men hva var det med denne undersøkelsen som skapte et gjennombrudd? Hva stod det i undersøkelsen, og hvilket syn på sammenhenger fremkommer der?

Torstein Bertelsen var medlem av Ruud-komiteen, og ble en viktig talsperson for medisintutdanning i Nord-Norge. Han var professor i medisin ved Universitetet i Bergen, hvor han også var dekanus ved Det medisinske fakultet fra 1967 til 1972. Han var selv nordlending og utdannet i Danmark. Han engasjerte seg ikke bare i Tromsø-saken, men også for rettighetene til utenlandsmedisinere.<sup>161</sup> Videre var han også den som fikk innført egne kvoter for samisktalende ungdom som ville studere medisin ved Universitetet i Bergen.<sup>162</sup>

Utgangspunktet for undersøkelsen hans var at målsettingen ved planleggingen av nye medisinske læresteder ikke bare måtte være for å øke landets samlede legetall, men også å få legene bedre fordelt ut over landet, og å gi befolkningen i landsdelen mulighet til å nyte godt av de avanserte undersøkelses- og behandlingsmuligheter som bare universitetssykehus kan gi.<sup>163</sup>

Legemangel og legeforderingsproblematikk vet vi var en problemstilling som ble tatt opp i forhold til utdanningspolitikk gjennom Kleppekomiteen og i Helsepersonellkomiteen. De offisielle løsningsforslagene var enten å øke utdanningskapasiteten på en mest mulig samfunnsøkonomisk måte, belønningsordninger for å få leger til å velge distriktstjeneste, og til og med beordring ble diskutert, men ikke vedtatt.<sup>164</sup> Vi kan derfor slå fast at legemangel som samfunnsproblem var et etablert faktum i distriktene og spesielt i Nord-Norge. For som Bertelsen skrev: *Denne undersøkelsen belyser forhold som kanskje har vært tillagt for liten vekt, og maner til grundig ettertanke før spørsmålet om hvor vårt tredje universitet bør legges, avgjøres.*<sup>165</sup> Han påpekte selv at disse sammenhengene ikke har vært undersøkt tidligere. Sammenhengen mellom fødested, utdanningssted og arbeidssted aldri var blitt gjort

---

<sup>161</sup> Problemstillingen med utenlandsmedisinere er omtalt i kapittel 3.

<sup>162</sup> Universitetet i Bergens historie, 1996:283

<sup>163</sup> Rommetveit, 1971:68

<sup>164</sup> Schjøtt, 2003:338 og 339

<sup>165</sup> Bertelsen, 1963:861

gjenstand for en pålitelig undersøkelse, og diskusjonene om legemangel i distriktene var basert på forenklete slutninger.<sup>166</sup>

I sin undersøkelse så han på følgende sammenhenger: Legefordeling ut fra fødested, antall leger i utlandet, i hvilken grad leger fra de forskjellige landsdelene valgte en annen landsdel som arbeidssted, og om noen bestemt landsdel ble foretrukket. Ut fra dette laget han en oversikt over den endelige fordeling av leger og undersøkte om noen av de overnevnte punktene kunne forklare denne fordelingen. Formålet var bl.a. å finne ut om universitetets beliggenhet hadde betydning for valg av arbeidssted, og om disse opplysningene kunne gi retningslinjer for hvordan en eventuell skjev fordeling kan bekjempes?<sup>167</sup> Undersøkelsen omfattet til sammen 2075 leger, det vil si 48-49 prosent av landets samlede legestand i 1961.<sup>168</sup>

Bertelsen fant ut at leger etter avsluttede studier langt hyppigere enn forventet vendte tilbake til den landsdelen de kom fra for å arbeide. Tilbakevendingsprosenten var ikke så forskjellig i de ulike landsdelene, men fordi det ble utdannet så få leger fra Nord-Norge ble det tilsvarende få som vendte tilbake.<sup>169</sup> Mange innflyttede leger i Nord-Norge førte til utskiftning, og hans konklusjon var at flere innfødte leger ville gitt en mer stabil legestand. Dette prinsippet mente han var essensielt for landsdeler hvor klima og arbeidsforhold skilte seg fra resten av landet. Dette var et viktig tilleggspoeng til hovedkonklusjonen om at utdanningssted fikk betydning for vedkommende legers senere valg av geografisk område for sin medisinske virksomhet.

Det kan legges til at Bertelsen også arbeidet iherdig med å fremskaffet andre gode argumenter for medisinutdanning i Nord-Norge, bl.a. fikk han en uttalelse fra Forsvarets sanitet om at medisinutdanning i Nord-Norge også var av militær betydning.<sup>170</sup>

Bertelsens undersøkelse ble kommentert og fulgt opp av sosiolog Tore Lindbekk som i 1967 utga *To studier vedrørende legenes preferanser*.<sup>171</sup> Lindbekk undersøkte betydningen av Det medisinske fakultet i Bergen for norske medisineres geografiske lokalisering og *Rekruttering av leger til de norske utkantsområder*. Han hadde innledningsvis en kritikk av Bertelsens undersøkelse, og da spesielt i forhold til at legene utdannet fra henholdsvis Bergen

---

<sup>166</sup> Bertelsen, 1963:861

<sup>167</sup> Bertelsen, 1963:862

<sup>168</sup> Bertelsen, 1963:863

<sup>169</sup> Bertelsen, 1963:868

<sup>170</sup> Brev fra Forsvarets sanitet til Bertelsen 12.10.1964

<sup>171</sup> Trondheim-studier i skolesosiologi nr. 6.

og Oslo ikke var helt sammenlignbare med tanke på yrkesmuligheter.<sup>172</sup> Men han var helt klar på at Bertelsens undersøkelse måtte få praktisk betydning i forbindelse med utbygging og lokalisering av medisinske og andre høyere utdanningsinstitusjoner i årene fremover.

Bertelsen påviste altså en sammenheng mellom utdanningspolitikk og distriktpolitikk med utgangspunkt spesielt på legemangelen i distriktene, og spesielt i Nord-Norge, og etter hans syn var det manglende vilje til å løse dette problemet både fra politikere og Den norske legeforening.<sup>173</sup> Det var altså først i Ruud-komiteen at det ble utredet at det fantes en sammenheng mellom utdanningssted, bosted og arbeidssted, som ble et essensielt argument for regjeringen i 1968. Dette var altså en ny antagelse om sammenhenger som ikke tidligere hadde vært brukt i forhold til regional- og distriktpolitikken. Og ikke lenger bare som en antagelse, men som en påvist sammenheng.

#### **4.2.2 Hvordan ble Ruud-komiteen mottatt?**

Ruud-komiteens innstilling skapte glede i landsdelen, særlig fordi dette ble sett på som en nasjonal satsning på landsdelen, og at man var aldri hadde vært nærmere en konkret plan for å bygge et universitet. Dette fremgår av flere avisoppslag fra denne perioden. I et oppslag i Arbeiderbladet fra 2. februar 1965 står det for eksempel:

*Og det skal Gud bedre bli et skikkelig universitet. Ingen krambufilial med spinkle nødtørftigheter, men en selvstendig institusjon som er tuftet på landsdelens egne behov og forutsetninger.*<sup>174</sup>

Fra universitetene i Oslo og Bergen var det ulike tilnærminger. Det medisinske fakultet ved Universitetet i Bergen vedtok en uttalelse 15. mars 1965 og støttet medisinsk undervisning i Tromsø, og at den måtte bygges ut med preklinisk og klinisk undervisning. Universitetet i Oslo sa i sin uttalelse datert 30. april 1965 ville heller ha Tromsø som det fjerde universitet av hensyn til den totale utdanningskapasiteten i landet. Men det var en positiv holdning til å begynne å bygge ut sykehusene i Nord-Norge. I realiteten var det sterk motstand mot planene om et Universitet i Tromsø i Oslo-miljøet, noe som var

---

<sup>172</sup> Lindbekk 1967:2

<sup>173</sup> Bertelsen, 1998:192.

<sup>174</sup> Arbeiderbladet. 2.2.1965 Universitetsinnstilling skaper glede i Nord-Norge.



sammenfallende med at dekanus ved Det medisinske fakultet var Alf Brodal, den samme mannen som ledet Brodal-komiteen som blir omtalt i avsnittet under.<sup>175</sup>

### 4.2.3 Brodal-komiteens innstilling

Parallelt med at Ruud-komiteen arbeidet, ble det i 1964 nedsatt en komite av Kirke- og undervisningsdepartementet som skulle utrede *Plan for utbygging av medisinske læresteder i Norge (1966-80)*. Denne komiteen omtales som Brodal-komiteen og avga sin innstilling i september 1964. Lederen, Alf Brodal, var dekan for Det medisinske fakultet ved Universitetet i Oslo. Det var altså to komiteer som arbeidet parallelt, og med en på noen punkter sammenfallende målsetting: Nemlig å komme med forslag til hvordan utdanningskapasiteten for leger kunne økes, og dermed bedre legedekningen i Norge.

Brodal-komiteen gikk i sin flertallsinnstilling ikke inn for noe Tromsø-alternativ, i hvert fall ikke i den nærmeste fremtid, og sammensetningen av denne komiteen gjenspeilte frontene i lokaliseringsstriden. Her var helsedirektør Karl Evang medlem, og han var sterk i mot etablering av medisinutdanning ved et universitet i Tromsø. Hans begrunnelse var i første rekke at dette ville koste for mye, og gå på bekostning av helseinstitusjonsutbyggingen i et nasjonalt perspektiv. Store deler av det medisinske miljøet i Oslo var også motstandere av Tromsøalternativet. Det var riktignok en mindretallsinnstilling, ved representanten Waaler, for et Tromsø-alternativ, men hans syn vant i første omgang ikke frem. Brodal-komiteen gikk heller inn for tiltakene effektivisering, økning av antall av annet medisinsk personell og redusert studietid, men påpekte at det aller viktigste var økning av studiekapasiteten. Om sammenhengen mellom utdanningssted og arbeidssted, viste de til at dette *har man ikke nok kunnskap om*.<sup>176</sup> Brodal-komiteen fulgte dermed opp den opprinnelige holdningen til Kleppe-komiteen; nemlig en utbygging av kapasitet på en samfunnsøkonomisk måte. Trondheim ville være et mye rimeligere alternativ enn Tromsø.

Det kan sees på som noe spesielt at det arbeidet to komiteer parallell med omtrent de samme problemstillingene. Dette påpekte også direktør ved Tromsø museum, Kåre Landmark, i et brev til Torstein Bertelsen 24.10.1964.<sup>177</sup>

---

<sup>175</sup> Rommetveit, 1971:106

<sup>176</sup> Brodal-komiteens innstilling:14.

<sup>177</sup> Brev til Bertelsen fra Landmark, 24.10.1964

De to komiteene kan sies å ha påvirket hverandres arbeid på den måten at Ruud-komiteen skjerpet sine begrunnelser og analyser. Torstein Bertelsen skrev i et brev datert 8. oktober 1964 til Kristian Ottosen (som var sekretær i Ruud-komiteen) at:

*Brodal-komiteens innstilling skapte en helt ny situasjon, og jeg ble nødt til å gå i gang med det meget tidskrevende arbeidet å lage en behovsanalyse for sykehuset i Tromsø.*<sup>178</sup>

Torstein Bertelsen bekreftet senere at det var kontakt mellom ham og Waaler som representerte mindretallet i Brodal-komiteen under arbeidet.<sup>179</sup>

Brodalkomiteens innstilling ble nevnt flere ganger i debatten i Stortinget i forbindelse med vedtak om opprettelsen av Universitetet i Tromsø, og da som et motargument. Det ble sagt at selv om distriktsutbygging var viktig, så var det uheldig å la det gå ut over en raskest mulig økning av antall medisinere på landsbasis. Dette uttalte blant annet arbeiderpartimann og representant for Sør-Trøndelag Olav Gjærvoll.<sup>180</sup>

### **4.3 Vedtak i Stortinget 1968**

Det endelige vedtaket om opprettelse av Universitetet i Tromsø ble lagt frem i st.prp. nr. 142 for 1966-67 *Om opprettelsen av universitetet i Tromsø*. I denne innstillingen ser vi at begrunnelsen for opprettelse av en utdanningsinstitusjon nå hadde en distriktpolitisk begrunnelse, og fulgte Ruud-komiteens anbefalinger. Argumentene var at universitetet var viktig for Nord-Norge både sosialt, kulturelt og økonomisk. Universitetet skulle dekke behovet for studieplasser for ungdom i Nord-Norge, men måtte også ha verdi for hele landet. Departementet la til grunn argumentet om at nyutdannede medisinere ofte vil bosette seg i nærheten av utdanningsstedet og at et universitetssykehus i Tromsø vil bli en vesentlig styrking av sykehusstellet i landsdelen. I debatten i Stortinget 28. mars 1968 var det argumentene om betydningen for helsevesenet i landsdelen, sidestilling av Nord-Norge med resten av landet, likeverd og samfunnsmessig betydning som kom klarest frem. I forhold til medisინutdanning ble det trukket frem at utbygging av universitetssykehus er viktig for

---

<sup>178</sup> Brev fra Bertelsen til Ottosen, 8.10.1964

<sup>179</sup> Universitetet i Bergens historie, 1996.:297

<sup>180</sup> Stortingstidende, Forhandlinger i Stortinget nr. 395, 28.3.1968: 3153

helsetjenestene i landsdelen. Det var ikke bare medisnutdanningen som var viktig, også samisk språk og etnografi, samt fiskerifag ble sett på som viktig.<sup>181</sup>

Samtidig mente Kirke- og undervisningsnemnda i sin innstilling at *regionalsynspunkt ikke må legges til grunn i for stor utstrekning*.<sup>182</sup> De ville legge til grunn spesialisering og arbeidsdeling mellom universitetene i Norge som ville gi et annet og geografisk videre rekrutteringsgrunnlag for Universitetet i Tromsø. Poenget om at Universitetet i Tromsø skulle holde like høy kvalitet som de andre utdanningsinstitusjonene var et argument som gikk igjen. Forskning og undervisning i Tromsø skulle være tiltrekkende for hele landet.

#### 4.4. Oppsummering av landsdelsrelevans

Det skjedde altså et gjennombrudd for utdanningspolitikk som distriktpolitisk virkemiddel som kan oppsummeres med at opprettelsen av Universitet i Tromsø var et gode for Nord-Norge fordi det vil føre til rekruttering av nordnorsk ungdom til legeyrket, som igjen vil bedre legedekningen i landsdelen. Dette fikk gjennomslag fordi Torstein Bertelsen hadde gjennomført en undersøkelse om denne sammenhengen for første gang. Hans argumentasjon ble tillagt større vekt enn Bordal-komiteen, som i sin innstilling hadde fremmet faglige råd, som bare noen år tidligere ville ha vært vurdert som grunnlag for politiske myndigheters beslutningsgrunnlag.

Tore Lindbekk skrev om vedtaket i 1968 at det markerte en ny epoke innenfor utvikling av forskning og høyere undervisning i Norge. Den distriktpolitiske tankegang som gjenreisningen av Finnmark førte inn i norsk politikk gjennom Nord-Norge-planene ble nå ført inn i universitetenes og forskningens område. Han skrev videre at det var en *voksende erkjennelse fra utbyggingsmyndighetenes side av at det trengs mer enn naturressurser og kapital for å gjenreise industri i perifere strøk*.<sup>183</sup> Han skrev videre at det at den distriktpolitiske tankegangen hadde trengt seg inn i universitetspolitikken hadde gått fort og presset frem av en eksplosiv etterspørsel etter universitetsutdanning som ikke kunne imøtekommes av bare ved at man lappet på eksisterende institusjoner. Han la også vekt på at

---

<sup>181</sup> Stortingstidende, Forhandlinger i Stortinget nr. 395, 28.3.1968

<sup>182</sup> Innst.S. nr. 123 (1967-68) Om opprettelsen av Universitetet i Tromsø :251

<sup>183</sup> Lindbekk, 1968:13

det også skyldtes press fra lokale instanser som plutselig oppdaget nye muligheter for kapitalinnsprøytning i sine respektive kommuner.<sup>184</sup>

Lindbekks oppsummering sammenfatter at utviklingen mot vektlegging av distriktpolitiske argumenter i utdanningssektoren hadde skjedd raskt, og at dette var en utvikling som også var initiert fra landsdelen selv.

Selve uttrykket landsdelsrelevans kom senere, men det var helt gjennomgående i både debatten og i de ulike innstillingene at selv om Universitetet i Tromsø skulle inngå som en del av det nasjonale utdanningssystemet, så skulle det også bygges for landsdelen, og være med å løfte den. I dette ble det spesielt lagt vekt på helse og kultur.

Jeg stilte innledningsvis spørsmålet om hvorfor Bertelsens analyse i Ruud-komiteens innstilling fikk så stor betydning. Svaret kan være ganske enkelt at han var den første som gjorde et slikt systematisk arbeid i en periode hvor synet på regionale og distriktpolitiske virkemidler gikk fra å være lite utviklet, til å få stor politisk gjennomslagskraft.

Rommetveit omtaler også Kirke- og undervisningsminister Kjell Bondeviks (KrF) betydning som en klar forkjemper for distriktenes sosiale og kulturelle interesser. Han ble statsråd i 1965, og tok til orde for en mer omfattende desentraliseringslinje fra departementets ide i saker vedrørende skolelokalisering.<sup>185</sup>

I perioden 1961 til 1968 skjedde det en utvikling som viser at Nord-Norge hadde fått stor oppmerksomhet og at man ikke bare fra nordlendingene side, men fra sentralt hold så på det som nødvendig med en kulturell innsats for landsdelen i et nasjonalt perspektiv. Nord-Norge var ikke bare en landsdel som trengte hjelp fra staten for å bedre legedekningen, men ble sett på som en landsdel som hadde et kulturelt potensiale.

De distriktpolitiske målsettingene fra statens side handlet om å løfte landsdelen opp på samme nivå som resten av landet. Men diskusjonene om Tromsø-universitetet synliggjorde et sterkt engasjement og identitetsfølelse for landsdelen som kom innenfra, og som handlet om at Nord-Norge trengte universitetet for å videreutvikle sin egenart og kultur, og ikke minst

---

<sup>184</sup> Lindbekk, 1968:13

<sup>185</sup> Rommetveit, 1971:50

tilby sin egen ungdom utdanningsmuligheter der de bodde. Tromsø skulle ikke være et annenrangs universitet, men være annerledes og engasjere seg i landsdelens problemer.<sup>186</sup>

Landsdelsrelevans handlet derfor om noe mer enn distriktpolitikk, som var statens politikk overfor landsdelen. Landsdelsrelevans var tvert i mot et uttrykk for et syn på at Nord-Norge hadde sine unike særtrekk som universitetet skulle bidra til å videreutvikle. Medisinutdanningen skulle bidra til å bedre helseservicen for befolkningen, samisk språk og kultur skulle løftes frem, og ikke minst innenfor samfunnsfagene som skulle bidra ved å være en motvekt mot sentraliseringen i samfunnet.<sup>187</sup>

Men selv om vedtaket var fattet, var det fortsatt stor motstand mot medisinutdanning i Tromsø. Helsedirektoratets motstand skyldtes som nevnt tidligere at de gjennom hele etterkrigstiden hadde arbeidet med sykehusplaner i Nord-Norge. Etter mye arbeid mente de nå å se resultater, og konkrete planer for videre arbeid var utarbeidet. Spesielt i sykehussektoren mente de at det i løpet av kort tid ville være mulig å bygge ut spesialisert sykehustjeneste i landsdelen. På grunn av lav befolkningstetthet ville en etter disse planene søke å opprettholde driften ved en rekke av de mindre sykehusene. Hvis nå sentralsykehuset i Tromsø skulle bygges ut til en universitetsklinikk, mente helsedirektøren at dette ville kreve en sterkere sentralisering av sykehusdriften i landsdelen for å skaffe et tilstrekkelig stort og differensiert pasientmateriale for undervisningen – en sentralisering befolkningen ikke ville være tjent med.<sup>188</sup>

#### **4.5 Noen særtrekk ved Universitetet i Tromsø**

Universitetet i Tromsø ble også omtalt som *det røde universitetet*, og som Peter F. Hjort selv skrev i 1980, var det to overordnede mål ved for Universitetet i Tromsø.<sup>189</sup> Det ene var det distriktpolitiske som handlet om å tjene landsdelen. Det andre var det universitetspolitiske som handlet om å tjene folket og ikke bare vitenskapen. Det siste inspirert av studentrevolusjonen i Paris i 1968, og sistnevnte trekk medførte den såkalte målsetningsdebatten som skapte store splittelser i miljøet på begynnelsen av 1970-tallet. Dette var en strid om styring av universitetet og representasjon i styringsorganene.<sup>190</sup> Denne striden

---

<sup>186</sup> Fulsås, 1993: 141

<sup>187</sup> Fulsås, 1993:142

<sup>188</sup> Rommetveit, 1971:52

<sup>189</sup> Hjort, 1980: Ideologi og intensjoner – et tilbakeblikk: 222

<sup>190</sup> Hjort, 1976:168

blir ikke omtalt nærmere her, men det er samtidig viktig å nevne som en viktig del av Universitetet i Tromsøs historie. Denne striden førte til at Peter F. Hjort gikk av som rektor kort tid etter at han var blitt valgt.

Landsdelsrelevans kom til uttrykk i de ulike fagmiljøene, og handlet om hvordan spesielt forskningen kunne komme til nytte i landsdelen.<sup>191</sup> Her skal jeg imidlertid vise et eksempel på hvordan landsdelsrelevans kom til uttrykk i opptaksreglene og opptakspolitikken da det nye universitetet startet opp.

#### **4.5.1 Opptaksregler og opptakspolitikk for medisinstudiet**

Opptakspolitikken til Universitetet i Tromsø hadde ikke landsdelsrelevans som utgangspunkt, da diskusjonen om opptaksregler begynte. I første omgang var det det medisinske fagmiljøet som stod for saksforberedelsen.

Universitetet i Tromsø måtte av praktiske årsaker velge å lukke medisinstudiet, men hadde ambisiøse tanker om et rettferdig opptak, og på sikt utarbeide mer *relevante* opptaksregler for fremtiden.<sup>192</sup> I dette lå det en intensjon om å finne den mest optimale måten å velge ut medisinstudenter på, da man mente at karakter alene ikke var det beste grunnlaget for utvelgelse av studenter.<sup>193</sup> Ønsket om slike relevante opptaksregler var i utgangspunktet ikke knyttet til ideen om landsdelsrelevans. I et notat til dekanmøtet i 1971 ble det foretatte en gjennomgang av andre lands opptaksregler. Der stod det blant annet at formålet med seleksjon måtte sees i sammenheng med mange søkere til få studieplasser, og at formålet måtte være å få kandidater som kunne gjennomføre studiet og å velge studenter som vil bli gode yrkesutøvere.<sup>194</sup>

I utgangspunktet var det ikke nødvendig at Universitetet i Tromsø skulle ha de samme opptaksreglene som de andre universitetene. Heller ikke i medisinnutdanningen.<sup>195</sup> Og i de første forslagene til opptaksregler helt frem til 1972 var det ikke lagt opp til egne kvoter for nord-norsk ungdom.<sup>196</sup>

---

<sup>191</sup> Fulsås, 1993:142-143

<sup>192</sup> Brev til Interimstyret fra Knut Gjesdal, sekretær for medisinsk fagutvalg, datert 26. mai 1971.

<sup>193</sup> Harstad Tidende. 15.10.1971. Hvordan bør medisinstudenter utvelges? Erik Poppe, dr.med.

<sup>194</sup> Innstilling til dekanmøtet 17.11.71 om seleksjonsmetoder ved opptak av medisinske studenter. Datert 10.11.1971.

<sup>195</sup> Brev til Kirke og undervisningsdepartementet fra dekanus ved Det medisinske fakultet UiO, datert 26. mai 1971.

<sup>196</sup> Brev til fagutvalgets medlemmer fra Harry Eliassen, fagsekretær, datert 8. juni 1972. Notat om opptaksreglement for det medisinske studium.

Fagutvalget for medisin vedtok et forslag til opptaksregler som ikke la opp til ekstrapoeng for nordnorsk ungdom eller ungdom med samisk tilhørighet.<sup>197</sup>

Dette ble endret av Interimsstyret som 17.8.1972 vedtok at nord-norske søkere skulle gis en rimelig andel av studieplassene i medisin, men ville ha en tilbakemelding om hvordan Kirke- og undervisningsdepartementet stilte seg til dette.<sup>198</sup> Det kom aldri noen motforestilling fra departementet, og kvote for ungdom med tilknytning til landsdelen ble vedtatt, selv om kriteriene for hva nord-norsk tilknytning var ikke ble presisert før i 1977. Det har ikke lyktes for meg å finne ut hvordan nord-norsk tilhørighet ble definert i 1977, men det fremgår av oversikter over opptak at det var studenter fra Nordland, Troms og Finnmark, og definisjonen av nordnorsk tilhørighet var gjenstand for diskusjon.<sup>199</sup>

Fagutvalget for medisin var i utgangspunktet altså mest opptatt av det faglige grunnlaget for opptak, og prinsippet om landsdelsrelevansen ble ivaretatt av Interimsstyret, men senere i fagutvalgets møte 8.9.1972.<sup>200</sup>

Endelig forslag til opptaksregler ble vedtatt av Interimsstyret 17.2.1973, og i dette reglementet ble det vedtatt at 25 prosent av søkerne skulle ha en tilknytning til landsdelen, og at søkere som behersket samisk eller finsk språk skulle gis 8 tilleggspoeng.<sup>201</sup> Sistnevnte regel ble begrunnet med at det ble sett på som viktig å utdanne leger som kunne kommunisere med den samisk- og finsktalende delen av befolkningen.

I første omgang ble det ikke vedtatt egne kvoter for samisk ungdom. Dette ble istedenfor gitt tilleggspoeng, da Universitetet i Tromsø etter dialog med samiske organisasjoner syntes at dette var en bedre ordning. Dette ble begrunnet med at man heller ønsket å vurdere de samiske søkerne i forhold til at de hadde blitt hemmet i sin utdanning på grunn av sitt språk og sin etniske bakgrunn, og at dette ble tatt hensyn til ved opptak.<sup>202</sup>

---

<sup>197</sup> Brev til Interimstyret fra Fagutvalg for medisin, datert 7. juli 1972. Forslag til opptaksregler vedlagt.

<sup>198</sup> Brev til KUF med spørsmål om de kunne slutte seg til prinsipp om preferanse for nordlendinger. 13.9.1972

<sup>199</sup> Oversikt over by/land-tilknytningen for nord-norske medisinstudenter ved UiT, 13.3.1979

<sup>200</sup> Brev fra Fagutvalg i medisin til Interimstyret om opptaksregler for det medisinske studium. 28.9.1972.

<sup>201</sup> Brev til KUF, datert 23.2.1973, med henvisning til vedtak i Interimsstyret 78/73.

<sup>202</sup> Brev til Universitetsdirektøren, UiT, fra Fagområdet medisin, datert 13. mai 1976.

I 1977 ble det vurdert prøveopptak av studenter på grunnlag av realkompetanse. Begrunnelsen var at Nord-Norge har mange voksne mennesker som ikke hadde mulighet til å ta artium, og hadde behov for tilpassede opptaksregler.<sup>203</sup>

Jeg kaller disse opptaksreglene et utslag av målsettingen om landsdelsrelevans fordi de spesifikt hadde som formål å rekruttere ungdom fra Nord-Norge foran resten av landet. Videre la de til grunn at mange i landsdelen ikke hadde hatt samme muligheter som i resten av landet til å ta utdanning på videregående skole-nivå, og søkte gjennom opptaksreglene å rette opp dette misforholdet. Denne kvoteringen hadde som hovedbegrunnelse spesielle forhold i landsdelen.

Men det var også uenighet og diskusjon om noen av disse reglene. Regler om tilleggspoeng for ungdom som behersket samisk eller finsk språk ble i 1977 problematisert av medisinstyret. Beherskelse av samisk og/eller finsk språk ble i utgangspunktet betraktet som en klar tilleggskvalifikasjon for å fungere som lege i Nord-Norge. I brev til Universitetsstyret ved Universitetet i Tromsø fra Fagområdet medisin ble det foreslått at det ikke lenger skulle gis tilleggspoeng til finskspråklige søkere.<sup>204</sup> Begrunnelsen var at mens den del av den norske befolkning som var samisktalende i hovedsak *kunne sies å høre til* den norske urbefolkning, var finsk et språk som tales av en hel nasjon, i Finland. Innbyggere i de bygder hvor det ble snakket finsk ble sett på som etterkommere av innvandrere fra Finland, og hadde dermed ikke krav på tilleggspoeng i kraft av å være urbefolkning eller en språklig minoritet. Dette vakte protest hos Norsk-Finsk forening, men endringen av opptaksreglene ble vedtatt.<sup>205</sup> Det ble argumentert med at finsttalende søkere kunne få kunne bli tatt opp en egen kategori, uavhengig av poengsum hvis det forelå faglige, sosiale eller personlige forhold som ble ansett å være spesielt kvalifiserende, herunder tilknytning til etniske minoritetsgrupper i landet.

I 1979 protesterte fagutvalg i medisin på forslag om å øke kvoten av nord-norsk ungdom til 70 prosent.<sup>206</sup> De begrunnet dette med at den særegne utdanningsprofilen til medisinstudenter måtte kunne tilbys alle landets søkere, og videre at de fryktet et provinsielt stempel.

---

<sup>203</sup> Protokoll fra universitetsstyret datert 5. april 1977. Enstemmig bifalt i møte 14. april 1977. Avisen Tromsø, 15.2.1977 *Voksne med yrkespraksis skal kunne bli studenter.*

<sup>204</sup> Brev fra Fagutvalg i medisin, 25.3.1977.

<sup>205</sup> Brev fra Norsk-Finsk forening 10.10.1978

<sup>206</sup> Protokoll fra Universitetsstyret sak 191/79



Men denne opptakspolitikken har ikke endret seg, og i dag er 60 prosent av plassene reservert for nord-norsk ungdom. I 1985 ble det reservert 6 plasser for studenter fra Finnmark, i 2007 økte denne kvoten til 10 studenter fra Finnmark og Nord-Troms.<sup>207</sup>

---

<sup>207</sup> Gaski, Abelsen og Hasvold, 2008:6

## Kapittel 5 Medisinutdanning som redskap for regional endring

I dette kapittelet skal jeg gjennomgå forslaget til studieplan som ble utarbeidet av Ole K. Harlem og hans utvalg som utarbeidet et forslag til rammeplan for medisinstudiet. Denne planen ble utgangspunktet for medisinutdanningen i Tromsø. I dette kapittelet skal jeg undersøke om det var sammenheng mellom målsettingen om regional endring og den konkrete utformingen av studieplanen. Hva var bakgrunnen for valget av denne studieplanen? Inngikk studieplanens utforming som en del av målsettingen om landsdelsrelevans? Var det eventuelt andre årsaker til at denne modellen fikk gjennomslag?

### 5.1 Harlem-utvalget

I perioden oktober 1967 til juli 1968, ble det arbeidet med, og endelig avgitt en innstilling fra *Utvalget til å utrede spørsmålet om integrert medisinsk undervisning*, også kalt Harlemkomiteens innstilling. Innstillingen ble lagt frem bare noen måneder etter stortingsvedtaket om opprettelsen av Universitetet i Tromsø, og ble utgangspunktet for den endelige studieplanen for medisinstudentene ved Universitetet i Tromsø. Harlemkomiteens inntreden markerte også i følge Fulsås en viktig vending i debatten om Universitetet i Tromsø, ved at det nye universitetet nå ble sett på som en mulig arena for universitetsreformer, og ikke bare en sak om lokalisering av medisinutdanning.<sup>208</sup>

Mannen som ledet Harlem-utvalget het Ole Kristian Harlem, som på denne måten fikk en viktig rolle for Universitetet i Tromsø. Ole K. Harlem, født i 1917, ble cand.med. i Stockholm i 1945 og spesialist i barnesykdommer i 1959. Harlem var både barnelege, skolelege og bedriftslege, men er først og fremst husket som *redaktør av Tidsskrift for Den norske legeforening* fra 1962 til 1987, og preget det kanskje viktigste informasjonsorganet for norske leger gjennom et kvart århundre. I følge *Tidsskriftet* selv var medisinsk kommunikasjon og utdanning hans hovedinteresser. Harlem var videre den eneste nordmann som har vært president i Verdens legeforening, i perioden 1970-1971.<sup>209</sup>

Fulsås omtaler også Ole K. Harlem som en mann som var oppriktig opptatt av reformer innen medisinutdanning, og som i tillegg støttet forslaget om medisinutdanning lagt til et Universitet i Tromsø.<sup>210</sup> Han skriver videre at for Harlem var et nytt universitet en god

---

<sup>208</sup> Fulsås, 1993: 79

<sup>209</sup> Nylenna og Svabø (2003) *Tidsskrift for Den norske legeforening*:123

<sup>210</sup> Fulsås, 1993: 83.

anledning til å lage en helt ny studieplan i tråd med hans ideer og tanker om fremtidens medisinutdanning.<sup>211</sup>

### 5.1.1 Bakgrunn for at Harlem-utvalget ble opprettet

I januar 1967 ble det nedsatt en egen universitetskomite under Nordnorsk kulturråd. Nordnorsk Kulturråd ble opprettet i 1964, og omtales i Asbjørn Jaklins bok *Historien om Nord-Norge* som et viktig talerør for landsdelen. Kulturrådet stod bl.a. for en utredning om akademikersituasjonen i Nord-Norge som slo fast at Nord-Norge manglet 160 leger og 2400 lærere for å komme opp på landsgjennomsnittet.<sup>212</sup>

Universitetskomiteen fikk økonomisk støtte fra Tromsø formannskap og forretningsmannen Odd Berg. Formålet med komite-arbeidet var å organisere og koordinere arbeidet for å få et universitet i Tromsø, og formidle kontakt mellom lokale, og sentrale politiske styresmakter og utenforstående støttespillere.<sup>213</sup>

Arbeidet med å tenke ut en ny medisinutdanning begynte som en uformell kontakt mellom Harlem og universitetskomiteen, noe som førte til at det ble satt ned en egen studiegruppe. Noe av motivasjonen for dette arbeidet var fra universitetskomiteens side ønske om å trekke helsetjenesten i landsdelen inn i medisinutdanningen.<sup>214</sup> Studiegruppen fikk deretter offisiell status etter at universitetskomiteen for Universitetet i Tromsø tok kontakt med Kirke- og undervisningsdepartementet. Departementet var velvillig innstilt til å utrede en ny studieplan, og den 17. oktober 1967 ble Harlem- komiteen oppnevnt. Velvilligheten mener Fulsås skyldes at Harlem med sin posisjon som redaktør ville skape en viktig åpning mot det medisinske Oslo-miljøet i Tromsøsaken.<sup>215</sup>

I komiteens opprinnelige mandat var det en referanse til Nord-Norge og helsetjenestene i landsdelen, formulert slik:

*Utarbeide en rammeplan for medisinsk utdanning, herunder videre- og etterutdanning, ved et eventuelt universitet i Nord-Norge, bygd på en integrering av den medisinske utdanning og helsetjenestene i landsdelen.*<sup>216</sup>

---

<sup>211</sup> Fulsås, 1993:83

<sup>212</sup> Jaklin, 2006:344

<sup>213</sup> Fulsås, 1993:81

<sup>214</sup> Fulsås, 1993:83

<sup>215</sup> Ibid

<sup>216</sup> Harlem-komiteens innstilling, 1968:1615

Mandatet ble i mars 1968 endret til:

*Å legge frem et forslag til en rammeplan for integrert medisinsk undervisning uten spesiell referanse til et eventuelt medisinsk fakultet i Nord-Norge. Denne rammeplan vil være basert på en ideskisse som omfatter en integrering av den medisinske undervisning og helsetjenesten og integrering av undervisningen i de teoretiske og kliniske fag.<sup>217</sup>*

Endringene i mandatet forklares av Fulsås som et resultat av konflikten mellom Kirke- og undervisningsdepartementet og Helsedirektoratet i spørsmålet om lokalisering av medisinutdanningen. Komiteen var blitt nedsatt mens Helsedirektør Evang var på utenlandsreise, og da han kom hjem reagerte han sterkt på mandatteksten som var knyttet til Tromsø, men også at han ikke var spurt om å være med.<sup>218</sup> I utgangspunktet var Karls Evang positivt innstilt til å utarbeide en ny plan for medisinutdanningen.<sup>219</sup> Haave viser også til at Evang så på medisinutdanningen som en viktig faktor i utbyggingen av den norske velferdsstaten.<sup>220</sup> Denne positive holdningen til studieplanendringer prinsipielt bekreftes også i helsedirektørens uttalelse til komite-innstillingen av juli 1969.<sup>221</sup> Men helsedirektoratet ville ikke knytte dette arbeidet så direkte til det foreslåtte Universitetet i Nord-Norge, og ville derfor ikke være representert i Harlem- komiteen.<sup>222</sup> Komiteen var avhengig av å ha et samarbeid med Helsedirektoratet, spesielt med tanke på å kunne diskutere hvordan studieplanen kunne tilpasses i Helsedirektoratets planer for utbyggingen i Nord-Norge. Helsedirektoratet aksepterte å svare på skriftlige spørsmål.

Det var altså plasseringen av medisinutdanningen og ikke de nye ideer som studieplan motstanden dreiet seg om. Harlem-komiteen diskuterte om de skulle gi opp arbeidet, men valgte å heller endre mandatet. I følge Fulsås var dette greit for flere av medlemmene, som var mer opptatt av studiereformer enn universitets-saken.<sup>223</sup> Komiteen var da også ønsket sammensatt av personer som ikke var oppnevnt på grunnlag av institusjonstilhørighet, men heller personer som hadde en spesiell interesse for undervisningsspørsmål.

---

<sup>217</sup> Harlem-komiteens innstilling, 1968:1615

<sup>218</sup> Fulsås, 1993:

<sup>219</sup> Fulsås, 1993:87

<sup>220</sup> Haave, 2011:1

<sup>221</sup> Brev fra helsedirektør Evang til Kirke- og undervisningsdepartementet, datert 2. juni 1969.

<sup>222</sup> Fulsås, 1993:87

<sup>223</sup> Fulsås, 1993:87

Men mandatet ble ikke endret før i mars 1968, så i store deler av perioden komiteen arbeidet, var Tromsø utgangspunktet. Studieplanen ble for eksempel diskutert i et møte i studentersamfunnet i Tromsø i oktober 1967, og fikk flere store oppslag.<sup>224</sup> Her argumenterte Harlem med at man måtte benytte anledningen til å finne en mer effektiv måte å utdanne medisinerer på. Han la frem siden planer for en omorganisering av det medisinske studium og at det var viktig å motivere studenter til tjeneste i distriktene. Bertelsen som også var innleder gikk sterkt mot Harlems planer fordi han mente at spesielt forutsetningene for gjennomføringen av planen ikke var tilstede. Det fantes ikke helsesentre og heller ikke kompetanse i distriktshelsetjenesten for å gjennomføre en slik studieordning. Dette viser også at det ikke var sammenheng mellom ønsket om integrert plan og det å være for opprettelsen av et universitet i Tromsø.

### 5.1.2 Diskusjoner om medisinutdanning etter 2. verdenskrig

Harlemkomiteens innstilling tok opp mange problemstillinger ved medisinutdanningen som hadde vært diskutert gjennom hele etterkrigstiden. Det var særlig to forhold som var gjenstand for diskusjon, det ene var legenes antall, og det andre var utdanningens innhold. Mange innlegg om medisinutdanningens innhold ble publisert i *Tidsskrift for Den norske legeforening* og studentbladet *Inter medicos*. *Inter Medicos* ble stiftet på 1950-tallet og omtaler seg selv som Norges første medisinsk-etiske tidsskrift. Spaltene var åpne for ulike studenters og legers etiske oppfatninger.<sup>225</sup>

Som beskrevet i bakgrunnskapittelet om medisinutdanning, hadde diskusjonen om åpent eller lukket medisinstudium tatt en pause etter andre verdenskrig. Etter krigen var det i større grad diskusjoner om innholdet i utdanningen. Innføring av obligatorisk turnustjeneste i 1954/55 var også et debatt-tema, men det vil ikke bli diskutert her.<sup>226</sup>

En viktig debatt om utdanningens innhold pågikk i *Tidsskrift for Den norske legeforening* i 1960. Anledningen var at Universitetet i Oslo gjennomførte en større studieplanendring i 1955. Foranledningen var imidlertid delvis forårsaket av at etter andre verdenskrig var det en lang kø av studenter fra før 1940 måtte avvikles hurtigst mulig.<sup>227</sup> Det medisinske fakultet i Oslo måtte ved hjelp av provisoriske tiltak presse gjennom flere

---

<sup>224</sup> Avisartikler fra 30.10.1967. dagbladet og Nordlys

<sup>225</sup> [http://nklf.no/sider/tekst.asp\\_side=61](http://nklf.no/sider/tekst.asp_side=61). Nedlastet 4. mai 2012.

<sup>226</sup> Haave, 2011:2

<sup>227</sup> Haave, 2003

kandidater gjennom enn det normal kapasitet skulle tilsi. I 1946 ble det bestemt at de provisoriske tiltakene skulle avløses av en ny studieordning.

En bredt sammensatt komité ledet av Johan Holst leverte en innstilling i desember 1948. To hovedtiltak ble foreslått: Studietiden, normert til 7 - 7 1/2 år, burde forkortes med ett år og undervisningen burde styrkes - i følge Haave to motstridende tiltak som bare kunne forenes ved å gjøre studiet mer skolemessig, med detaljert timeplan og flere lærere, og ved å avlaste studiet ved å innføre obligatorisk turnustjeneste på halvannet år etter embetseksamen.<sup>228</sup> Og det var mange som mente at studieplanen var blitt for skolepreget, og måtte endres på en mer grunnleggende måte.

5 år etter at studieplanendringen i Oslo var iverksatt, publiserte legen Kreyberg artikkelen *Kvalitativ revisjon av den medisinske undervisning*, som ble gjenstand for mange kommentarer og innlegg fra andre medisinere som var opptatt av undervisningsspørsmål. Kreyberg tok til orde for en mer gjennomgripende revisjon av medisinstudiet.<sup>229</sup> Han lanserte forslag om linjedeling og spesialisering i utdanningen, integrasjon av fagene og forskerlinje, for å nevne noe. Argumentene var at det var for mye kunnskapsstoff i utdanningen og at det var behov for bedre integrasjon og koordinering mellom fagene.

En spesielt toneangivende debattant var lege Alf Brodal, Han var dekanus ved Det medisinske fakultet i Oslo i 1964 - 66 og prorektor ved Universitetet i Oslo i 1967 – 69. den samme mannen som ledet Brodal-komiteen. I 1961 stilte han i sin artikkel spørsmålet: *Bør vår plan for det medisinske studium forandres?*<sup>230</sup> Han skrev at det hadde vært for lite diskusjon og for få ønsker om gjennomgripende revisjon av medisinutdanningen, riktignok med noen unntak.<sup>231</sup> Han viste til at studieplanrevisjonen i 1955 ved Universitetet i Oslo hadde som målsetting å forkorte og effektivisere den medisinske utdanning. Dette ble gjort, men gjentok i likhet med andre debattanter at forkortelsen av studietiden ble oppnådd ved å innføre et utpreget skolemessig opplegg av undervisningen. Dette gjorde at studiehverdagen ble tettpakket og ga lite rom for å tenke og reflektere. Brodal var i utgangspunktet positiv til

---

<sup>228</sup> Brodal, 1961:1441

<sup>229</sup> Brodal, 1961:1441

<sup>230</sup> Tidsskrift for Den norske lægeforening Nr. 22, 15. november 1961, side 1441. (på initiativ fra Inter Medicos)

<sup>231</sup> Kreybergs appell i artikkelen *Kvalitativ revisjon av den medisinske undervisning*. Tidsskrift for Den norske lægeforening nr. 10-15.mai 1961.

Kreybergs tanker om linjedeling, som innebar at studentene kunne velge mellom en praktisk-medisinsk linje, en sosialmedisinsk linje eller en forskningslinje.<sup>232</sup>

Karl Evang deltok også debatten og påpekte at den høygradige spesialisering av medisinen har bidratt til å skape et skarpere skille mellom sykehusmedisinen på den ene side og den praktiserende lege utenfor sykehusene på den annen side, og videre mellom praktiserende leger og spesialister.<sup>233</sup>

Peter F. Hjort var også opptatt av medisinutdanning. Han skrev i Tidsskrift for Den norske legeforening i 1967 at overgangen til fremtidssamfunnet stilte to krav til undervisningen, to krav det ikke alltid er lett å forene. For det første måtte det naturvitenskapelige grunnlag være slik at legene kunne klare å tilegne seg den nye kunnskapen som på få år måtte erstatte den de skaffet seg i studietiden. Det andre var kravet til det menneskelige/etiske.<sup>234</sup> Han var uenig med Brodal som han mente var for opptatt av legevitenskap alene. Han sa at selvfølgelig skal studentene stå på naturvitenskapelig grunn, *men de må bringes til å forstå at det av og til kan være forskjell på teori og praksis, og det er meget ved mennesket som ikke kan måles ved kliniske og laboratoriemessige undersøkelser.*<sup>235</sup>

Begrunnelsene for ønsket om endring var på den ene siden det rent pedagogiske; at studiet var for tettpakket, med for mye undervisning og for liten tid til refleksjon. Men det handlet også om refleksjoner rundt formålet med utdannelsen. Hvilke kvalifikasjoner skulle en utdannet lege ha? Dette ble sett i lys av forskningens utvikling, og det var bekymring for at legestudentene ikke vil kunne følge med i utviklingen, det vil si vitenskapelig skolering for så å kunne lære seg å tilegne seg kunnskap også etter utdanningen.<sup>236</sup> Det hadde skjedd en enorm utvikling i legevitenskap. Ett eksempel på dette er penicillin, som kom i bruk i medisinsk praksis på 1950-tallet.

Harlem-komiteens arbeid fulgte derfor opp en diskusjon som hadde pågått lenge, og problemstillingene i debatten var sammenfallende med Harlem-komiteens tanker og utgangspunkt, og da spesielt formål med utdanningen og det å lære studentene å tilegne seg kunnskap hele livet. Tanker om linjedeling og integrasjon hadde også vært tatt opp til diskusjon, men ikke realisert.

---

<sup>232</sup> Brodal, 1961:1445

<sup>233</sup> Vedlegg til Brodals artikkel i Tidsskrift for Den norske legeforening, 1961:1461

<sup>234</sup> Hjort, 1967:1668-1669

<sup>235</sup> Hjort, 1961:1487

<sup>236</sup> Brodal, 1961:1442

Det som skilte debattantene var på den ene siden synspunktene til spesielt Brodal som var opptatt av medisinstudiet som et mer forskningsorientert studium for å møte fremtiden krav, og på den andre siden Harlem, Hjort og Evang som var mer opptatt av de samfunnsmessige krav til utdanningen. Sistnevnte handlet om lokalisering og den praktiske legegjerningen, det vil si å forberede studentene på et liv som praktiserende leger.<sup>237</sup> Så skillelinjene her fulgte heller ikke synet på medisinstudiet i Tromsø.

### 5.1.3 Innholdet i Harlem-komiteens innstilling

De generelle bemerkningene i forslaget til studieplan kan oppsummeres med at det i over 20 år hadde vært etterlyst et bredere og mer samfunnsorientert fokus i medisinstudiet, og at ingen radikal endring hadde blitt gjennomført.<sup>238</sup> Peter F. Hjort, som kort tid senere ble interimstyrets leder og Universitetet i Tromsøs første rektor, ble sitert om svakheter ved dagens medisinstudium. *De begynner studiet med interesse for syke mennesker og avslutter det med interesse for sykdommer, og motivering for tjeneste i utkantstrøk synker under studietiden.*<sup>239</sup>

Utvalget vektla innledningsvis i sitt arbeid å bygge bro mellom forskning og praktisk medisin, og så på denne måten utdanning som et *bropilar*. Ett av utgangspunktene var at den store utviklingen innen medisinsk forskning hadde medført behov for justering og endring av medisinstudiet. Utvalget konstaterte at målsetting med utdanningen hadde vært diskutert, men ingen reell endring har funnet sted. Og ikke minst at studieplanene ved Universitetet i Oslo og Universitetet i Bergen sviktet på områder som de så på som av vesentlig betydning for landets helsetjeneste. Allerede i 1946/47 sa Karl Evang at det var nødvendig at undervisningen måtte få en bedre forankring i praktisk helsearbeid. Sosialmedisinsens viktige betydning ble også omtalt ved henvisning til flere artikler.<sup>240</sup>

Motivasjonen for Harlemkomiteen var altså at de så det var reelle og prekre behov for en ny studieplanmodell begrunnet med forskningens utvikling og samfunnsutviklingen som gjorde at studentene måtte få mer kunnskap om samfunnsmedisin, men også lære å tilegne seg kunnskap etter avsluttet medisinstudium. De ulike forslagene til

---

<sup>237</sup> Fulsås 1993:84

<sup>238</sup> Harlemkomiteens innstilling:1615

<sup>239</sup> Harlemkomiteens innstilling:1616

<sup>240</sup> Ibid



studieplanendringer i Oslo og Bergen på 1950-60-tallet var ikke tilstrekkelig for å nå disse målsettingene.

Det ble rettet en relativt skarp kritikk mot studieoppleggene i Bergen og Oslo som oppsummert handlet om at helsetjenesten i samfunnet ikke var trukket inn undervisningen, koordineringen mellom preklinikk og klinikk ikke var god nok, at det var for liten vektlegging av atferdsfag, og at utdanningen var for kunnskapsbasert i den forstand at studentene ikke gis mulighet til refleksjon og gode arbeidsformer.<sup>241</sup>

Harlem og hans komite fikk her muligheten til å lanserte ideer fra utlandet med en annerledes oppbygging av studiet, samt gi forslag til en ny formålsbeskrivelse for studiet. Og til tross for mandatendring, var utgangspunktet å kunne bygge opp et studium helt fra bunnen av.

I Harlemkomiteens innstilling var det en henvisning til den såkalte Todd-rapporten *Royal Commission on Medical education*.<sup>242</sup> Forfatter og medisinhistoriker Kenneth C. Calman omtaler denne rapporten sin bok *Medical education, past, present and future* som en av de mest vesentlige rapportene i medisnutdanningens historie.<sup>243</sup> Rapporten ble utarbeidet i perioden 1965-1968, men alle forslagene i rapporten ble ikke umiddelbart gjennomført. Det er i et lengre perspektiv Calman ser at den er en viktig indikator på at nye ideer og strømninger i synet på legeutdanningen tar form. Ett viktig moment er endring av formålsbeskrivelsen for legeutdanningen:

*(...) the aim of the undergraduate course should be to produce not a finished doctor but a broadly educated man who can become a doctor by further training.*<sup>244</sup>

Harlem fulgte dette opp ved å foreslå at selve formålet med medisnutdanningen måtte endres fra:

*Å skaffe studentene den teoretiske innsikt og praktiske ferdighet som setter dem i stand til å utøve virksomhet som allment praktiserende leger når de er ferdig med sitt studium og har gjennomført den obligatoriske turnustjeneste.*<sup>245</sup>

---

<sup>241</sup> Harlem-komiteens innstilling: 1617

<sup>242</sup> Harlem-komiteens innstilling::1619

<sup>243</sup> Calman, 2007:280

<sup>244</sup> Calman, 2007:281

<sup>245</sup> Harlem-komiteens innstilling: 1621

Harlem mente at det ikke lenger var mulig å lære en medisinstudent alt det en praktiserende lege bør kunne i løpet av studietiden. Formålet burde heller formuleres slik:

*Å hjelpe studentene til å erverve de nye kunnskaper og ferdigheter som er nødvendig for å starte en yrkesutøvelse i medisin.*

*Å motivere studenten til å jobbe med mennesker.*

*Å formidle en vitenskapelig innstilling til studenten.*

*Å motivere studenten til å fortsette utdannelsen resten av livet.*<sup>246</sup>

Med en slik målformulering kunne det argumenteres for å skjære kraftig ned på kunnskapsstoffet. Men den endrede målformuleringen må også sees i sammenheng med forslaget om en bedre samordnet etter- og videreutdanning for leger.

Harlem fremmet gjennom sin innstilling en teori om at studieplanen kunne sees på som en tredje årsak til at helseservicen i Norge *ikke står i forhold til hva dagens medisin kan yte.*<sup>247</sup> Med andre ord la han frem en forklaringsmodell på hvorfor helsevesenet i Norge ikke fungerte godt nok. Den første årsaken var legenes antall, den andre årsaken var legenes fordeling – og legenes utdanning som den tredje årsaken.

Debatt om antall leger hadde pågått siden medisnutdanningen ble etablert i 1814. Og debatten hadde mange nyanser og formål. En del av debatten tok opp i seg de prinsipielle sidene ved spørsmålet om åpent eller lukket medisinstudium (og studier generelt). På den ene siden handlet det om profesjonskamp, nemlig at for mange leger ville være en trussel mot legestanden i forhold til arbeidsmuligheter og avlønning. Men debatten viser også den store utviklingen innen helseinstitusjoner og helsetilbud som skjedde på slutten av 1800-tallet, og ikke minst etter 2. verdenskrig. Å lage en analyse av hvor mange leger befolkningen ville ha behov for til enhver tid var- og er – fortsatt en krevende øvelse. På midten av 1960-tallet var det en helt reell problemstilling med legemangel i Norge, og spesielt i distriktene og i Nord-Norge, som ikke lot seg løse ved hjelp av virkemidler som beordring, stimuleringsordninger eller utenlandsmedisinere. Men dette var et problem man var bevisst på, og forsøkte å finne løsninger på, og da ved å etablere et tredje medisinsk fakultet. Dette gjaldt for så vidt også for den andre problemstillingen, som var legenes fordeling. Legenes antall og legenes fordeling var på denne måten to problemområder som skulle løses ved hjelp av ulike virkemidler. Og

---

<sup>246</sup> Harlem-komiteens innstilling:1621

<sup>247</sup> Harlem-komiteens innstilling:1616

det var som sagt her Universitetet i Tromsø ble lansert som løsning, ikke minst takket være Bertelsens undersøkelse om sammenhenger mellom studiested og arbeidssted.

Harlem viste til at *Helsepersonellkomiteen*, nedsatt 1963, og som nettopp hadde til formål å finne løsninger på det prekære problemet med manglende helsepersonell mange steder i landet ikke tok opp studieplanenes utforming som tema. Det var først og fremst utdanningskapasiteten de tok opp som virkemiddel. Harlem-komiteen konkluderte her med at det ikke var nok å kun øke utdanningskapasiteten hvis få velger å gå ut i praktisk legearbeid og enda færre er motivert for tjeneste i utkantstrøk .

*Det er ikke nok å utdanne mange leger, hvis få velger å gå ut i praktisk legearbeid og enda færre er motivert for tjeneste i utkantstrøk.*<sup>248</sup>

Han innførte dermed studieplanens utforming og innhold som et virkemiddel for regional endring, og tilla studieplanen stor betydning.

Forslaget til rammeplan brøt med de tradisjonelle studieplanmodellene i Oslo og Bergen på flere punkt, og særlig i forhold til den tradisjonelle inndelingen i preklinikk og klinikk. Rammeplanen ble foreslått med følgende konkrete forslag: Det skulle skjæres ned på kunnskapsstoffet, mer kunnskap om menneskelig atferd og kunnskaper om helsetjenesten i samfunnet (teoretisk og praktisk), valgfrihet i deler av studiet og mulighet for spesialisering og linjedeling.

Studietiden skulle være på maksimalt 6 år, inndelt i to avdelinger: Første avdeling med teoretisk og klinisk basalutdannelse, og med mulighet for å avslutte med en embetseksamen av lavere grad. Etter første avdeling mente utvalget at studentene skulle kunne velge ulike utdanningsveier.

Det aller viktigste poenget var tidlig klinisk undervisning, og parallell undervisning av kliniske og teoretiske fag, også omtalt som integrert studium. Innføring av tidlig kontakt med samfunnets helsetjeneste i landsdelen og opphold ved helsesenter / distriktssykehus skulle gi motivasjon for å jobbe med pasienter, og motivasjon for å jobbe i distriktene. Et annet radikalt forslag var det å fjerne karakterer ved å innføre bestått/ikke bestått.

---

<sup>248</sup> Harlem-komiteens innstilling: 1617

Selv om Harlemkomiteen var nytenkende og laget en plan uten *spesiell referanse til geografi* listet de opp en rekke betingelser for at planen kunne gjennomføres. Dette var i forhold til integrert undervisning at det måtte være geografisk nærhet mellom sykehus og lokaler for teoriundervisning. Helsemyndighetene måtte trekkes inn i planleggingsarbeidet tidlig, bo-muligheter for studentene på sykehusene, rekruttering av lærere samt en god undervisningsadministrasjon.

#### **5.1.4 Hvordan ble Harlemkomiteens innstilling mottatt?**

Harlemkomiteens innstilling fikk blandet mottagelse. Selv om Harlemkomiteen arbeidet ut fra et mandat som ikke skulle ha tilknytning til Tromsø, kom innstillingen etter at Stortinget hadde fattet sitt vedtak i mars 1968. Derfor var Harlem-komiteens forslag sett i tilknytning til medisinstudiet der.

De viktigste innvendingene handlet mest om realismen i planen og ikke intensjonene. Peter F. Hjort skrev bl.a. i brev til K. Solheim, sekretær for *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 31.7.1968, at han fant planen lite realistisk å gjennomføre, selv om han prinsipielt var enig i mange av ideene.<sup>249</sup> Og han påpekte også at ideene heller ikke var nye. Utgangspunktet for brevvekslingen med Solheim var at han var bedt om å kommentere planen i *Tidsskrift for Den norske legeforening*, noe han avsto å gjøre.<sup>250</sup> Han skrev i dette brevet at:

*Jeg tror det er mer realistisk å basere Universitetet i Tromsø på et mer konvensjonelt opplegg. I alle fall tror jeg det raskere ville lede til produksjon av nye leger.*

Hjort ville imidlertid ikke publisere sitt syn av hensyn til Troms-saken som han støttet.

Helsedirektoratet sa seg prinsipielt enig i at studieplanen i medisin måtte endres i takt med samfunnsutviklingen og strukturendringer i helsevesenet, men gikk ikke i detalj inn på det konkrete forslaget til rammeplan. I uttalelsen fra Helsedirektøren stod det at det ikke bare var nødvendig å øke utdanningskapasiteten, men også søke å endre studiets innhold og opplegg slik at det kommer bedre i overensstemmelse med samfunnsutviklingen og den stadige strukturendringen av helsevesenet.<sup>251</sup> Både prinsippet om integrasjon, tidlig pasientkontakt. Men det ble påpekt at det er praktiske vanskeligheter med en slik studieplan. Selv i Oslo ville det være vanskelig, og enda vanskeligere i Tromsø.

---

<sup>249</sup> Brev fra Hjort, 31.7.1968

<sup>250</sup> Brev fra Peter F. Hjort til K. Solheim hvor han avslår å skrive en kommentar om studieplanen i Tidsskriftet. 31.7.1968

<sup>251</sup> Brev fra helsedirektøren til Kirke- og undervisningsdepartementet. 2.7.1969.

Universitetet i Oslo og Universitetet i Bergen hadde saken til behandling i løpet av 1969, og var til dels enige om komiteens tanker med samfunnsmedisin og atferdsfag i studiet. De berømmet også komiteen for et grundig arbeid. Men ingen av institusjonene støttet forslaget om å endre studiets målsetting. I forhold til forslag om integrert studium var universitetene prinsipielt ikke mot tanken, men tok en rekke forbehold. Ikke minst viste de til Harlemkomiteens egen liste over forutsetninger for å gjennomføre en slik plan.<sup>252</sup> Her ble spesielt situasjonen rundt utbygging av helseinstitusjoner trukket frem som et argument mot. Det var trukket frem som en forutsetning at det nær universitetet måtte finnes helsesentra med kvalifisert personale.

Universitetet i Oslo ville bare gi en prinsipiell betenkning, og ville ikke ta stilling til de praktiske sidene ved gjennomføring av studieplanen.<sup>253</sup> Universitetet i Oslo gikk mot å endre formålsbeskrivelsen for studiet, men var enig i tanken om større variasjon.<sup>254</sup>

Universitetet i Bergen hadde en bemerkning om at det ikke sluttet seg til Harlemkomiteens teori om at legenes utdannelse var en av de vesentligste årsakene til dårlig helseservice. De sa seg enig i at eksisterende studieplan var for sykehuspreget, *men at hovedårsaken måtte søkes i det moderne samfunns sosial struktur.*<sup>255</sup>

Planen ble lest med interesse, men ble vurdert som lite realistisk å gjennomføre. Dette på grunn av forutsetningene som Harlem-utvalget selv hadde poengtert. Men til tross for dette: Harlemkomiteens innstilling ble behandlet som en del av St. prp. nr. 167. (1968-69) *Om utbygging av en integrert medisinsk skole ved Universitetet i Tromsø*, og integrert modell ble vedtatt.

## 5.2. Fra komite-innstilling til studieplan

Studieplanforslaget til Harlem kom altså som et bidrag for å løse legemangelen, og fordi det åpnet seg en mulighet for å prøve ut helt nye ideer på et helt nytt universitet. Dommen over planen var at den var spennende, men urealistisk å gjennomføre. Til tross for dette var det nettopp Harlem-planen som ble grunnlaget for studieplanen i medisin i Tromsø.

I dette kapittelet skal jeg vise prosessen som første til at dette ble grunnlaget for studieplanen i Tromsø, og hvilken betydning dette fikk. Dette foregikk i to faser. Som nevnt tidligere var Peter F. Hjort ikke så entusiastisk i forhold til Harlem-planen. Hva var årsaken til

---

<sup>252</sup> Brev/uttalelse fra Universitetet i Bergen, 17.1.1969:11

<sup>253</sup> Høringsuttalelse UiO 19.6.1969

<sup>254</sup> Høringsuttalelse UiO: 19.6.1969

<sup>255</sup> Brev/uttalelse fra Universitetet i Bergen, 17.1.1969.

at han endret syn? Han hadde omtalt planen som urealistisk før han ble utpekt som leder for Interimsstyret. Hva var det som gjorde at han gikk så sterkt inn for integrert undervisning i universitetets interimstyreperiode?

### **5.2.1 Fase I – Hjort stiller krav**

Det var først i 1969 at integrert studieplan ble vedtatt prinsipielt. Ruud-komiteen hadde i sitt forslag anbefalt at Universitetet i Tromsø skulle starte opp med preklinisk undervisning for medisinerere og odontologer i 1973 og klinisk undervisning i 1975.<sup>256</sup> En annen mulighet var å kun starte opp med klinisk undervisning med studenter fra Universitetet i Oslo, i påvente av utbygging av prekliniske bygg, slik det ble foreslått i stortingsproposisjonen om opprettelsen av Universitetet i Tromsø. Her ble det lagt opp til at det i første omgang skulle legges hovedvekt på utbygging av klinisk-medisinsk utdanning fra 1974-1975, og at preklinisk utbygging ble forskjøvet til neste utbyggingsfase, det vil si like etter 1980.<sup>257</sup>

Jeg skal nå gjennomgå hvordan dette endret seg, og hvilken betydning det fikk. Dette foregikk i to faser, hvor Peter F. Hjort som person spilte en stor rolle.

Peter F. Hjort, født i 1924, var spesiallege og dosent ved Rikshospitalet med blodsykdommer som spesialitet. I følge Rommetveit hadde Hjort ikke tidligere hatt noen tilknytning til, eller vært spesielt opptatt av Nord-Norges problemer. Han omtales som en person med stor faglig integritet og kommunikasjonsevner. Han var positivt innstilt til et universitet i Tromsø, og han var opptatt av utdanningsspørsmål. Utgangspunktet for ham var i første rekke en sterk misnøye med de etablerte universitetene og den utdanningspolitikk som ble ført der. Han mente at både forskningen og undervisningen ikke var i samsvar med de krav samfunnet burde kunne stille til de medisinske fakultetene. Medisinen var i sterk endring og de eksisterende institusjonene hadde ikke maktet å følge opp med tilsvarende endringer verken faglig eller organisatorisk.<sup>258</sup>

Den første fasen begynte da Hjort den 23.8.1968 fikk henvendelse fra ekspedisjonssjef E. Skadsem (KUF) om han ville la seg oppnevne som leder for den klinisk-medisinske undervisning i Tromsø. Dette oppdraget ble senere omgjort til å lede interimsstyret. Hjort

---

<sup>256</sup> Ruud-komiteens innstilling:40

<sup>257</sup> St. prp. nr. 142 (1967) Om opprettelsen av Universitetet i Tromsø: 42 og 44

<sup>258</sup> Rommetveit 1971:70

svarte på henvendelsen i et langt brev til Kirke- og undervisningsdepartementet datert 21.10.1968.

Hjort var positiv til å ta på seg oppdraget, men påpekte at dette var et stort og personlig ansvar som gjorde at han måtte stille noen vilkår for å ta det på seg. Han var positivt innstilt til opprettelsen av Universitetet i Tromsø, både fordi det var en god sak for landsdelen, men han var like opptatt av at oppbyggingen av det nye universitetet skulle være en nasjonal oppgave. Han skrev videre at utbygging av et universitet i Tromsø ikke var noen billig løsning på legemangelen i landsdelen, men at slike motargumenter, og andre, ikke kunne veie opp for at dette var et riktig og viktig vedtak.<sup>259</sup> Kravene til myndighetene var at de måtte sørge for store økonomiske bevilgninger. Fagfolk (medisinere) måtte la sine faglige innvendinger vike, og godta at nord-norske hensyn måtte veie tyngst. Han la også til at befolkningen i Nord-Norge måtte bidra ved å spesielt moderere andre krav til utbygging.<sup>260</sup>

De konkrete kravene, slik de fremgår av dette brevet var at det måtte planlegges full utbygging av prekliniske og kliniske fag fra første stund, også bygningsmessig. Han argumenterte for integrert utbygging med begrunnelse om at oppstart av kun klinisk undervisning rent faglig ville bli sett på som uinteressant og at for sykehusene ville det være bedre å kunne spille på et større og bredere vitenskapelig miljø. Sykehuset måtte bygges ut til en universitetsklinikk, og med laboratorier, institutter og kliniske avdelinger, og til sammen utgjøre et funksjonelt hele.<sup>261</sup> Han understreket også at myndighetene måtte forplikte seg til en ramme- og tempoplan for hele utbyggingen, og tilstrekkelige bevilgninger de neste 3-4 årene

Han påpekte at de økonomiske beregningene var urealistiske, og spesielt ved at utgifter til ombygging og utvidelse av sykehuset (200 millioner) var utelatt. I en artikkel publisert 13.2.1969 satte han dette på spissen ved følgende utsagn: *Nord-Norge ville være bedre tjent uten universitet enn med et dårlig universitet.*<sup>262</sup>

Karl Evang kommenterte Hjorts brev, og hadde som sin viktigste kritiske kommentarer at Universitetet i Tromsø ikke ville løse legemangelproblemet på mange år fordi

---

<sup>259</sup> Brev fra Hjort til KUF, 21.10.1968

<sup>260</sup> Brev fra Hjort til KUF, 21.10.68:7

<sup>261</sup> Brev fra Hjort til KUF, 21.10.68:3

<sup>262</sup> Hjort, 1969:4

det ville ta så lang tid å komme i gang. Han var også tydelig på at Universitetet i Tromsø ikke under noen omstendigheter måtte forsinke utdanningskapasiteten i Oslo og i Bergen.<sup>263</sup>

Men Hjort fikk støtte i departementet, og ble i januar 1969 oppnevnt som leder for interimsstyre som fikk i mandat å ta initiativ til å lede arbeidet med å planlegge og utvikle universitetet. I et referat fra møte mellom Hjort og regjeringen 15. januar 1969 fremgår det at regjeringen var innforstått med Hjorts totale krav om 500 millioner kroner og det tidsskjema Hjort hadde skissert.

Interimsstyret utarbeidet allerede 15.mars 1969 en rapport hvor de samme kravene fremført i Hjorts brev ble gjentatt, og tydeligere argumentert for.<sup>264</sup> Videre ønsket Hjort en ny stortingsbehandling, ikke minst for å få en endelig forpliktelse fra myndighetene på at Tromsø skulle ha en helt klar og utvetydig prioritet foran Trondheim. I møte med statsråd Bondevik ble Hjort lovet den støttet han trengte, og en ny sak fremlagt for stortinget.<sup>265</sup>

Evang viste fortsatt synlig motstand mot etablering av medisinstudiet i Tromsø, og dette kommer til syne bl.a. i korrespondansen mellom Karl Evang og Peter F. Hjort våren 1969. Først reagerte Evang sterkt på at Hjort hadde omtalt ham som en motstander av Universitetet i Tromsø.<sup>266</sup> Han skrev til Hjort og forklarte sine standpunkter som var de samme som tidligere: en bekymring for at det nye universitetet ville svekke sykehusutbygging og utdanningstempoet av leger. Evang forklarte at han hadde vært tilhenger av gradvis utbygging av et akademisk miljø i Tromsø innen den medisinske sektor. Han viste til at Helsedirektoratet i en menneskealder hadde kjempet for å skaffe befolkningen i Nord-Norge sykehus og annen helsetjeneste, så vidt mulig av samme kvalitet som i resten av landet. Derfor ville han heller prioritere sykehusutbygging i Nord-Norge fremfor universitetsutbygging. Hjort hadde i sitt svar til Evang 27.mars 1969 tatt opp det han oppfattet som motstand fra Evangs side, og sagt at hans forutsetning for å lede interimsstyret er en rask etablering av medisinstudiet. Og at dette var stortingets vilje, og at han ønsket samarbeid med helsedirektøren.

Samarbeidsklima mellom Evang og Hjort bedret seg imidlertid i løpet av sommeren 1969. Dette fremgår av brev 7. august 1969 der Hjort takker Evang for å ha tatt kontakt med

---

<sup>263</sup> Evangs PM s. PM fra helsedirektør Karl Evang til sosialminister Egil Aarvik. *Planlegging av Det medisinske fakultet i Tromsø*. 5.12.1968.

<sup>264</sup> Interimsstyrets syn på forutsetningene for utbyggingen, spesielt av den medisinske undervisning. 15.3.1969.

<sup>265</sup> Referat fra samtale med Statsråd Bondevik 15.april 1969.

<sup>266</sup> Brev fra Evang til Hjort, 19.mars 1969



fylkesmannen i Troms med formål å utrede sykehusutbyggingen i relasjon til det nye universitetet.

20. juni 1969 vedtok Stortinget st.prp. nr. 67 om utbygging av en integrert medisinsk skole ved Universitetet i Tromsø. Hjort og Interimsstyret hadde vunnet frem med sine viktigste punkter. Hjort skrev i et notat til Interimsstyret at *Nå har vi ingen å skylde på hvis vi mislykkes.*<sup>267</sup> Det ble vedtatt integrert studium med ca 50 kandidater pr. år, at Tromsø hadde prioritet foran Trondheim, og ikke minst en utbyggings- og tempoplan som forpliktet myndighetene til en investering på 500 mil. kroner.<sup>268</sup> Det var videre inngått et mer konstruktivt samarbeid med helsedirektøren.

I Hjorts notat *Om de neste 500 dagene* fra 9. august 1969 tok han opp at den største flaskehalsen var medisinutdanningen på grunn av de bygningsmessige forholdene. Integrert studieplan hadde bygningsmessige konsekvenser, for eksempel krav til nærhet mellom teoribygget og sykehus. Hjort mente at tempo hadde alt å si, psykologisk fordi at hvis utbyggingen tok for lang tid kunne dette gå ut over bevilgningene. Han ville derfor starte opp med undervisning allerede i 1972 eller 1973. Han vurderte faktisk å fravike prinsippet om full integrert undervisning ved å starte opp med klinisk undervisning med studenter som hadde preklinikk fra Oslo. Begrunnelsen for dette var at han mente det var «trygt» nå som Storting og regjering hadde forpliktet seg til å bygge ut Universitetet i Tromsø. Men han var i tvil om dette var klokt, og dette ble ikke gjennomført. Han var klar over at det da måtte legges til grunn en mer konvensjonell studieplan, men at det likevel ville være mulig å innarbeide nye momenter i planen, spesielt i forhold til allmennpraksis og samfunnsfag.<sup>269</sup>

### **5.2.2 Fase II Provisorieplanen**

For Hjort og interimsstyret var det som sagt svært viktig å komme i gang med undervisning så raskt som mulig. De valgte å ikke vente på at bygninger skulle ferdigstilles. Dette vil ta 5 år for universitetsbygninger og hele 10 på medisin. Argumentasjonen for å holde et høyt tempo var distriktspolitisk ved at det ville gå for lang tid å stoppe hjerneflukten til Sør-Norge, bedring av den medisinske servicen til befolkningen ville bli utsatt, og i forhold til mulighetene for rekruttering av fagfolk var det viktig å utnytte den oppmerksomheten

---

<sup>267</sup> Notat om de neste 500 dagene.

<sup>268</sup> St.prp.167, side 7.

<sup>269</sup> Referat fra møte i Interimstyret 23.9.1969

Universitetet i Tromsø nå hadde. Hjort var klar over at oppstart i provisoriske bygninger var en sjanse å ta, men han mente allikevel det var verdt risikoen.<sup>270</sup>

Dette resulterte i den såkalte *provisorieplanen*.<sup>271</sup> De eksisterende sykehusene skulle rustes opp inntil et nytt universitetssykehus stod ferdig. Interimsstyret gjorde det klart overfor regjeringen at de satte sine stillinger inn på at provisorieplanen ble akseptert. Planen ble vedtatt 18.6.1970, og innebar at sykehusene i Tromsø skulle rustes opp for 3 – 4 millioner og et midlertidig teoribygge til ca 16 – 17 millioner.<sup>272</sup>

### 5.2.3 Endelig studieplan

Hjort og Interimsstyret hadde siden 1969 lagt til grunn prinsippet om utbygging av både preklinikk og klinikk, og videre integrert studieplan. Den endelige studieplanen ble publisert som en bok i 1971 før den var blitt vedtatt. Studieplanen ble altså publisert med formål debatt, da den på utgivelsestidspunktet ikke formelt var vedtatt i Interimsstyret.

I forslaget til studieplan var det en dissens, hvor mindretallet mente at prinsippet om integrasjon var presset for langt.<sup>273</sup> Hjort tilhørte dette mindretallet, men det ble kommentert i *Tidsskrift for Den norske legeforening* av Harlem at mindretallet ikke ville gå fullt så langt på grunn av praktiske vanskeligheter med fullt integrert plan.<sup>274</sup> Harlem påpekte videre at integrering ville kreve visse forutsetninger som at bygningene måtte være slik at samarbeid blir naturlig. Derfor måtte undervisningen i provisorier legges opp slik at den ikke ville bryte med integreringstanken allerede i starten.<sup>275</sup>

Studieplanen slik den ble presentert for det første kullet i 1973, henviste også til at de hadde fulgt forslagen fra 1971 i det vesentlige. Fagutvalget for medisin, som ble opprettet i 1969, hadde som sitt viktigste oppdrag å utarbeide en endelig studieplan i medisin og gi faglige råd til Interimsstyret. Fagutvalget ble ledet av Peter F. Hjort i 1969, og Lars Walløe overtok lederskapet i 1970.

En av de første sakene til fagutvalget var å vurdere om det var enige i Harlemsplanens prinsipper, og spesielt i forhold til målsettingen for studiet. Det fremgår ikke av referatene om

---

<sup>270</sup> Notat fra Hjort til Interimsstyret, 1.9.1969.

<sup>271</sup> Plan for oppstart av Universitetet i provisoriske lokaler fra 1972-73. Tromsø 10.3.1970. Se også Fulsås s. 110

<sup>272</sup> Fra Hjorts presentasjon av provisorieplanen for regjeringen 16. mars 1970

<sup>273</sup> Medisinsk studieplan, 1971:88

<sup>274</sup> Harlem, 1970:2281

<sup>275</sup> Harlem, 1970:2281

dette var gjenstand for noen stor debatt. Dette til tross for at det endelige planforslaget ble fremlagt med en dissens.

Utvalget foreslo at det skulle bygges opp et forskningsmiljø omkring sosialmedisin og epidemiologi, som skulle utforske de medisinske behov i Nord-Norge. Undervisningsopplegget i Tromsø burde ta hensyn til resultatene av slik forskning. Protokollene viser videre at det var mange diskusjoner om bl.a. linjedeling, om forskningens frihet og sammenheng mellom kvalitet og relevans. Fagutvalget ville også sende studieplanen på høring til Tromsø kommune og de nordnorske fylkene til uttalelse og invitere til et samarbeid om den perifere helsetjenesten. Den endelige studieplanen ble altså trykket i bokform i 1971 med formål å få debatt om innholdet i studieplanen. Det første kullet med studenter ble oppfordret til å kjøpe denne boken, og det viser at det ikke var endringer i innholdet.

### **5.3 Redskap for regional endring?**

Stortingsbehandlingen i juni 1969 om utbygging av en integrert medisinsk skole ved Universitetet i Tromsø var ikke kun en behandling av sak om integrert studieplan. Dette var som omtalt tidligere en sak hvor det ble poengtert at ved etableringen av det tredje universitetet i Norge, skulle Tromsø skulle ha prioritet foran Trondheim. Saken omhandlet punkter som Interimsstyret hadde tatt opp overfor departementet og gjaldt videre tomtespørsmål, tempoplan og vedtak om integrert medisinsk undervisning.

Ruud-komiteens innstilling hadde lagt til grunn en tradisjonell studieplan, og åpnet opp for at preklinisk undervisning måtte settes i gang på et senere tidspunkt. Dette på grunn av bygningsmessige og personellmessige årsaker. Men slik ble det ikke.

Det er kanskje i denne fasen at denne studieplanen fikk sin *landsdelsrelevans*. Interimsstyrets leder Peter F. Hjort brukte mye tid på å diskutere ulike fremdriftsmodeller for det nye universitetet for å fremskynde tempo. Alternativene var å komme i gang raskt i provisoriske bygg eller vente med igangsetting av undervisningen til alle nødvendige undervisningsbygg var ferdige. Hjorts holdning var at han ville komme i gang raskt, og han begrunnet dette bl.a. med legemangelen. Han var også opptatt av å beholde *momentum* i saken. Begeistring og tiltakslysten måtte ikke avta fordi ting tok for lang tid.

Harlem-komiteens forslag til integrert undervisning ble støttet av Interimsstyrets, som etter at den ble utnevnt raskt fikk på plass en rapport hvor det stilte klare betingelser for å

kunne gjennomføre sitt arbeid. Et av punktene Interimsstyret ville ha stortingets støtte til var en tydelig formulering om at *vår målsetting går i korthet ut på å reise en fullt integrert medisinsk skole med universitetsklinikk på kortest mulig tid.*<sup>276</sup> Det ville derfor ha Stortinget til å godkjenne forutsetningene knyttet til dette. Det ble også henvist til erfaringene fra medisnutdanningen i Bergen, hvor oppstart av preklinisk var blitt svært forsinket.

Valget av denne integrerte studieplanen fikk bygningsmessige konsekvenser, og presset frem på et tidlig tidspunkt en forpliktelse fra staten om finansiering og bygging av universitetssykehus og universitetsbygg. Dette fordi teoribygg og sykehus måtte bygges ut parallelt, og ikke i ulike faser. Dette oppsummeres også i et av minneordene til Peter F. Hjort:

*I ettertid kan man gjøre seg noen tanker om hvordan Universitetet i Tromsø ville ha utviklet seg dersom det i perioden frem til oljekrisen i 1974 ikke hadde vært et stort press for fysisk og personellmessig utbygging.*<sup>277</sup>

Enten Hjort gikk inn for integrert studieplan ut fra overbevisning eller av taktiske årsaker var det etter min vurdering av betydning fordi det førte til en samlet utbygging, og ikke en utbygging i flere faser, slik det var lagt opp til i stortingsvedtaket fra 1968.

### **5.3.1 Var det en sammenheng mellom valg av plan og betydning for landsdelen?**

Harlemkomiteens innstilling hadde i utgangspunktet en strategisk tilknytning til Universitetet i Tromsø, men ble midlertidig formelt løsrevet fra denne problemstillingen. Samtidig ser vi at Harlemkomiteen understreket som et nytt poeng i debatten at studieplanens utforming hadde mye å si for legeres yrkesvalg, geografisk. Harlems antagelse om sammenhenger mellom studieplanens utforming og regionale endringer var at det nyttet lite å utdanne flere leger hvis de ikke valgte å bosette seg og arbeide i utkantstrøk. Det var altså bare i Harlemkomiteen innstilling at det fremgikk en antagelse om sammenheng mellom studieplanens utforming og mulighet for å påvirke studentene til å velge tjeneste i distriktene, altså som et regionalt virkemiddel.

Harlem mente at utdanningen og studieplanen var vesentlig for legers valg i forhold til yrkeskarriere, og ble på denne måten viktig for det som senere ble Universitetet i Tromsøs målsetting om en studieplan som også skulle tjene landsdelen. Men Harlems ideer handlet om mer enn dette. Hans viktigste motivasjon kan nok sies å være ønsket om å bidra til en

---

<sup>276</sup> Interimsstyrets syn på forutsetningene for utbyggingen, spesielt av den medisinske undervisning. 15.3.1969.

<sup>277</sup> Aarbakke og Nordøy, 2011:131

forbedret medisnutdanning som skulle utdanne bedre leger. Målsettingen for studiet måtte endres og studieplanen forandres radikalt. Dette spørsmålet var gjenstand for debatt i spesielt *Tidsskrift for Den norske legeforening*, men Harlem foreslo løsninger inspirert fra utlandet, og spesielt Storbritannia.

Studieplanen ble for så vidt godt mottatt, men realismen ble trukket i tvil, overraskende nok også av Peter F. Hjort som ikke så på det som realistisk å gjennomføre den i Tromsø i første omgang. Han gikk senere inn for ideen om integrert studieplan med all sin tyngde, men poengterte at dette ikke var noen billig plan.

For Evang må dette kanskje ha vært litt av dilemma: Måten å tenke utdanning på var tiltalende, men den geografiske plasseringen som i realiteten lå til grunn var uakseptabel fordi han så på det som en hindring for å få gjennomført sin helsepolitikk overfor Nord-Norge.

Den endelige studieplanen la til grunn ideene til Harlemkomiteen, og det er først og fremst tanken om integrert undervisning som var radikalt forskjellig fra Oslo og Bergen. Dette i tillegg til at synet på sammenhenger mellom tiltak og virkning hadde utviklet seg enda et skritt videre fra Ruud-komiteens innstilling hvor utdanning ble sett på som et distriktpolitisk virkemiddel til at også studieplanens utforming ble vurdert som viktig. Sistnevnte argument fikk ikke det helt store gjennomslaget, da det var tidlig pasientkontakt og tjeneste på distriktssykehus som spesielt ble brukt som eksempler på tiltak som skulle ha betydning for landsdelen. Med dette mener jeg at disse tiltakene ble omtalt uten referanse til studieplanen som virkemiddel.

Studieplanen som redskap for regional endring i Nord-Norge kan oppsummeres ut fra tre synsvinkler:

For det første at utbyggingen av en medisnutdanning i seg selv var viktig for utbygging av landsdelens helsetjeneste, og mulighet for å utdanne landsdelens ungdom til leger - uavhengig av studieplan. Dette er i tråd med Bertelsens teori.

For det andre at innholdet i planen. Tjeneste i distriktshelsetjeneste og lokalsykehus var viktige og av betydning for landsdelen i forhold til motivasjonen for studentenes senere yrkesvalg. Men også en konvensjonell studieplan med inndeling i preklinikk og klinikk kunne ha ivaretatt dette.

For det tredje at valget av integrert studieplan fra dag en fikk konsekvenser for utbyggingen av sykehus og universitetsbygninger, og i et helt annet tempo enn om man skulle valgt å f.eks. begynne med enten klinikk eller preklinikk. Interimsstyret var klar over at dette valget fikk bygningsmessige konsekvenser og at det ikke var en billig løsning, men de klarte allikevel å overbevise regjering og storting om at dette var den beste løsningen for landsdelen.

Svaret på om det var en sammenheng mellom valg av studieplan og målsetting om landsdelsrelevans er at det var det, det fulgte av innholdet i planen og målsettingen. Det var også naturlig at på et nytt universitet åpnet det seg en mulighet for å prøve ut nye ideer. Harlem-komiteen hadde også sin opprinnelse i Tromsø-miljøet, og hadde allerede lansert interaksjonsmodellen som et alternativ. Men valget av plan fikk også en langt større praktisk betydning enn det som var den opprinnelige hensikten til Ole K. Harlem.

## Kapittel 6 Ettetid

### 6.1 Innledning

Oppgaven har frem til nå handlet om utviklingen på 1960 og 1970-tallet. I dette kapitlet endrer jeg perspektivet ved å se på hvordan man har vurdert medisinerutdanning som redskap for regional endring i ettertid. På hvilken måte er den opprinnelige målsettingen om *landsdelsrelevans* fortsatt en del av formålet med medisinerutdanningen? Her tar jeg utgangspunkt i planens innhold.

Studieplanen i medisin har vært revidert flere ganger siden den ble iverksatt første gang i 1973. Her skal jeg gjennomgå Universitetet i Tromsøs egne revisjonsrapporter fra 1992 til 2011 og beskrive hvilke endringer som har funnet sted. Formålet er å vurdere konkrete endringene som har skjedd opp mot de opprinnelige prinsippene som lå til grunn for Harlemkomiteens innstilling og som igjen var grunnlaget for den første studieplanen utarbeidet i 1971. Deretter skal jeg se på hvordan betydningen av planen er vurdert i ettertid.

### 6.2 Hva skjedde med studieplanen i medisin?

Peter F. Hjort oppsummerte i artikkelen *Ideologi og intensjoner – et tilbakeblikk* fra 1980 at studieplanen var fundert på ti praktiske prinsipper med det overordnede prinsippet om et klart hode og et varmt hjerte.<sup>278</sup> De viktigste av disse prinsippene som Hjort og senere revisjonsrapporter har lagt til grunn for studieplanen fra 1970 var:<sup>279</sup>

*Tidlig klinisk kontakt og tidlig pasientkontakt*

*Tjeneste/utplassering i distrikt/allmennpraksis og lokalsykehus.*

*Integrasjon mellom teoretiske og kliniske fag. Men også mellom fagene og mellom undervisningen og alle ledd i helsetjenesten. Balanse mellom biologiske fag – kliniske fag og de samfunnsvitenskapelige fag.*

*Pedagogiske metode: Praktisk erfaring skulle vektlegges, og mye tid ble avsatt til dette. Gruppeundervisning og seminarer skulle gis en bredere plass enn tradisjonelle forelesninger.*

*Studiet inndelt i fire stadier, der tanken var at man flere ganger skulle vende tilbake til samme tema, men på et høyere læringsnivå.*

---

<sup>278</sup> Hjort 1980:222

<sup>279</sup> Universitetet i Tromsø (1999) *Innstilling om opptak av 120 studenter årlig til emnestudiet i medisin ved Universitetet i Tromsø*:13 og Hjort, 1980:222

*Valgfrie fag og hovedoppgave.*

*Nye integrerte eksamensformer, og karaktersystem med bestått/ikke bestått istedenfor graderte karakterer.*

*Mulighet for å avslutte før avsluttende medisinsk embetseksamen.*

*Medisinutdanningen som grunnstudium og grunnlag for senere spesialisering.*

Siden 1973 har studieplanen i medisin vært gjenstand for flere revisjoner. Bakgrunnen for revisjonene har vært begrunnet i behov for å justere dimensjoneringen av fag, forbedre undervisningsmetodene, eller de har vært styrt av ytre rammebetingelser som økt studentopptak og endringer i legerollen som følge av forandring i samfunnet og i helsetjenesten. Sistnevnte er spesielt presisert i revisjonsrapporten fra 2011.

Den første revisjonen i 1984 omtales kun som en mindre revisjon av målsettingen for utdanningen.<sup>280</sup> Dette skjedde etter at Studiestyret for medisin tok initiativ til en mindre evaluering av planen i 1981.<sup>281</sup> Hovedprinsippene i studieplanen ble beholdt, men den overordnede målsettingen for studiet ble endret først og fremst ved å inkludere WHO's målformuleringer for legeutdanning. Det fremgår ikke av evalueringsrapporten hva dette innebar i praksis.

Den andre endringen var en presisering av at selv om det ble lagt stor vekt på allmenntid medisin var ikke hensikten med studieplanen å utdanne leger spesielt for allmennpraksis, men heller å gi et videre perspektiv på medisinsk virksomhet og å bidra til *riktige holdninger*.<sup>282</sup>

Revisjonsrapporten fra 1992 kommenterte at i forhold til punkt 4 om pedagogiske prinsipper gikk studieplanen fra 1971 ikke detaljert inn på valg av metoder for dette og hvordan en i studiet skulle sikre at studentaktiverende metode faktisk ble tatt i bruk.<sup>283</sup> Rapporten påpekte også at prinsippet om kontinuerlig evaluering som en del av vurderingsformene heller ikke hadde fungert etter intensjonen.<sup>284</sup> Prinsippene om tidlig

---

<sup>280</sup> Universitetet i Tromsø (1999) *Innstilling om opptak av 120 studenter årlig til emnestudiet i medisin ved Universitetet i Tromsø*:13

<sup>281</sup> Universitetet i Tromsø (1992) *Revisjon av studieplanen for medisinstudiet i Tromsø*:17

<sup>282</sup> Universitetet i Tromsø (1992) *Revisjon av studieplanen for medisinstudiet i Tromsø*:12

<sup>283</sup> Universitetet i Tromsø (1992) *Revisjon av studieplanen for medisinstudiet i Tromsø*:13

<sup>284</sup> Universitetet i Tromsø (1999) *Innstilling om opptak av 120 studenter årlig til emnestudiet i medisin ved Universitetet i Tromsø*:13



pasientkontakt og utplassering i sykehus og allmennpraksis ble derimot vurdert å fungere godt, samt at dette ble godt mottatt hos studentene.<sup>285</sup>

Utvalgene som ble nedsatt i årene 1989, 1991/1992, 1995, 1999 og 2006, førte ikke alltid til større vedtatte endringer, men de bidro til omfattende diskusjoner av planen og mindre justeringer med formål å forbedre det eksisterende.<sup>286</sup>

I 1989 var det en diskusjon om bedre oppfølging av studentene.<sup>287</sup> Strengere kontroll av deltakelse i obligatorisk undervisning, konsekvenser ved uteblivelser, kontroll med studieprogresjonen, veiledningstilbud til svake studenter og oppfølging av studenter som stryker ble tatt opp. Dette viser etter mitt syn at man nå var inne i en fase hvor Universitetet var blitt mer praktisk orientert om studieprogresjon og gjennomstrømming.

Nye læringselementer har blitt tatt inn i planen, og det har vært endringer av innholdet i de ulike stadiene. I 1992 foreslo for eksempel et utvalg å innføre et nytt temakurs – Livsløp, som er et felles introduksjonskurs med andre helseprofesjonsutdanninger for å få trening i samarbeid med andre helseprofesjoner innføres i 5. og 6. studieår.<sup>288</sup>

Studieplanendringer har også skjedd som følge av økning i antall studenter. I 1995 vedtok Fakultetsstyret en Rammeplan i 23 punkt er for revisjon av medisinstudiet.<sup>289</sup> Denne innstillingen omhandlet pedagogiske undervisningsmetoder og ble videreført av en egen arbeidsgruppe som avsluttet sitt arbeid i 1997. I 1999 kom en ny utredning med utgangspunkt i forslag om økning av opptaket til 120 studenter i året. Dette utvalget konsentrerte seg mest om praktiske forhold knyttet til en såpass stor økning av studentmassen, og konkluderte med at opptak av 120 studenter ikke kunne gjennomføres innenfor eksisterende studieplan.<sup>290</sup> I første omgang ble det økning til 85 studenter i året i 1994, og 100 studenter i 1994.

I 2006 ble det gjennomført en omfattende ekstern evaluering av studieplanen i Tromsø.<sup>291</sup> Det ble i denne rapporten poengtert at studieplanen fra 1971 var nyskapende og hadde tatt inn i seg nye tanker om legeutdanningen, og verdigrunnlaget fra 1971 fortsatt var

---

<sup>285</sup> Universitetet i Tromsø (1999) *Innstilling om opptak av 120 studenter årlig til emnestudiet i medisin ved Universitetet i Tromsø*:14

<sup>286</sup> Universitetet i Tromsø (1992) *Revisjon av studieplanen for medisinstudiet i Tromsø*:18

<sup>287</sup> Universitetet i Tromsø (1992) *Revisjon av studieplanen for medisinstudiet i Tromsø*:19

<sup>288</sup> Universitetet i Tromsø (2011) *Medisinsk studieplan. Innstilling fra Prosjektgruppen* :24

<sup>289</sup> Universitetet i Tromsø (2011) *Medisinsk studieplan. Innstilling fra Prosjektgruppen* :25

<sup>290</sup> Universitetet i Tromsø (2011) *Medisinsk studieplan. Innstilling fra Prosjektgruppen* :25 og 35

<sup>291</sup> Roald, B m.fl. (2006) *Evaluering av profesjonsstudiet i medisin ved Universitetet i Tromsø*

en viktig del av Tromsøstudiets identitet.<sup>292</sup> Evalueringsgruppen la derfor i sitt arbeid til grunn at formålet med foreslåtte justeringer var å komme det opprinnelige verdigrunnlaget nærmere. Peter F. Hjort var tilstede på et møte i Tromsø hvor rapporten ble presentert og var glad for at man ville holde fast ved de gamle prinsippene.<sup>293</sup>

Den siste revisjonen fra 2011 viser hvordan ytre faktorer skaper behov for endring. Kvalitetsreformen fra 2003 ble tatt opp. Det fremgår videre av rapporten fra 2011 at det var behov for en kritisk gjennomgang av det faglige innholdet i forhold til de endrede kompetansekrav som stilles til nyutdannede leger, og som følge av endringer i samfunnet og helsetjenesten, og utviklingen innen medisinsk kunnskap og teknologi.<sup>294</sup> Endringer i sykdomspanoramaet, økt innvandring og derav et mer flerkulturelt samfunn, økt bruk av medisiner og en stadig lavere terskel for å oppsøke helsetjenesten stiller leger overfor økte forventninger fra pasientene og økte krav til faglig oppdatering.

*Morgendagens helsearbeidere vil møte endrede roller og oppgavefordeling, både mellom yrkesgrupper og mellom de ulike deler av helsetjenesten. Dette vil igjen forandre at morgendagens leger må ha gode kunnskaper i medisinske fag, kompetanse i samhandling, og evne og vilje til omstilling.*<sup>295</sup>

Også i denne rapporten slås det fast at man vil ta vare på og forsterke viktige elementer i eksisterende studieplan som har vært der siden 1971. Dette inkluderer tidlig pasientkontakt, fagintegriert undervisning og bruk av hele helsetjenesten i landsdelen i praksisdelen av studiet.<sup>296</sup>

I alle evalueringsdokumentene fremgår det oppsummert at den opprinnelige målsettingen om tidlig pasientkontakt og praksis i distriktene fortsatt står ved lag. Det samme gjelder karaktersystemet bestått/ikke bestått og at studiemodellen fortsatt er integrert. Det som ikke er blitt videreført, er prinsippet om at det skulle mulig å avslutte studiet før avsluttende embetseksamen. Formålet med dette punktet var opprinnelig at studenter som ikke ønsket å drive med klinisk arbeid kunne avslutte etter stadium II, det vil si etter 2, 5 år. Hjort forklarte

---

<sup>292</sup> Roald, B m.fl. (2006) *Evaluering av profesjonsstudiet i medisin ved Universitetet i Tromsø*:3

<sup>293</sup> Hjort 2006:4

<sup>294</sup> Universitetet i Tromsø (2011) *Medisinsk studieplan. Innstilling fra Prosjektgruppen* :12

<sup>295</sup> Universitetet i Tromsø (2011) *Medisinsk studieplan. Innstilling fra Prosjektgruppen* :12

<sup>296</sup> UiT, 2007: *Morgendagens leger*: 14

at dette prinsippet ble av mindre betydning fordi det ble opprettet medisin grunnfag, som ivaretok dette behovet.<sup>297</sup>

### 6.3 Syn på betydningen av studieplanen som regionalt virkemiddel

Hvordan har studieplanen i medisin blitt vurdert i ettertid? Har den blitt vurdert til å være vellykket, sett i forhold til den opprinnelige målsettingen? Det jeg skal vise her er hvordan studieplanens ettermøle er, og da i et tidsperspektiv fra 1990-årene og frem til i dag. I forrige underkapittel viste jeg til at planen er blitt endret, men at man fortsatt er tro mot den opprinnelige målsettingen om landsdelsrelevans, tidlig pasientkontakt og praksis i distriktshelsetjenesten.

Artiklene jeg har valgt ut for å belyse hvordan medisinutdanningen i Tromsø vurderes som regionalt virkemiddel i ettertid legger alle til grunn at medisinutdanningen i Tromsø var det viktigste og mest effektive tiltak for å gjøre noe med legemangelen i Nord-Norge, og støtter Bertelsens tese om sammenheng mellom fødested, utdanningssted og arbeidssted. I et av studierevisjons-dokumentene til Universitet i Tromsø fra 1999 beskrives denne teorien som *Lakseeffekten*.<sup>298</sup> I samme avsnitt vises det også til at en undersøkelse av de fem første kullene viste at denne forventningen ble innfridd, og at omkring 50 prosent av Tromsø-kandidatene arbeider i landsdelen.<sup>299</sup>

En undersøkelse fra 2004 utført av Alexandersen et al. fra 2004 tok utgangspunkt i at tidligere studier har vist at målene om rekruttering av leger til Nord-Norge har blitt nådd, og de ville undersøke om dette også var tilfelle for studenter uteksaminert i perioden 1996-2001.<sup>300</sup> De fant at andelen allmennleger utdannet i Tromsø var synkende samtidig som flere finner seg jobb ved sykehusene. 75,4 prosent av legene ble i landsdelen, men dette er en synkende andel sammenlignet med tidligere. Men til tross for dette mener artikkelforfatterne at Universitetet i Tromsø fortsatt er viktig for å skaffe leger til Nord-Norge.

En undersøkelse av Straume og Shaw fra 2010 om legefördeling i distriktene sier også at opprettelsen av medisinutdanning i Tromsø var et effektivt virkemiddel ved at den favoriserte landsdelens egen ungdom og vektla praksis i distriktshelsetjenesten.<sup>301</sup> Men det har

---

<sup>297</sup> Hjort, 1980:223

<sup>298</sup> Universitetet i Tromsø (1999) *Innstilling om opptak av 120 studenter årlig til emnestudiet i medisin ved Universitetet i Tromsø*:12

<sup>299</sup> Universitetet i Tromsø (1999) *Innstilling om opptak av 120 studenter årlig til emnestudiet i medisin ved Universitetet i Tromsø*:12

<sup>300</sup> Alexandersen et al. 2004. *Medisinerutdanningen i Tromsø – sikrer den legerekrutteringen i Nord-Norge?*

<sup>301</sup> Staume og Shaw, 2010:390

likevel ikke løst hele problemet. På midten av 1990-tallet oppstod det en kritisk mangel på leger i primærhelsetjenesten i Nord-Norge.

Om studieplanens utforming er det først og fremst tjeneste i distriktshelsetjenesten som vektlegges.<sup>302</sup> Suksesskriteriene som trekkes frem er studentenes yrkesvalg og ringvirkninger for helsetjenesten i landsdelen. Om studentene valg er påvirket av studieplanens utforming eller universitetets beliggenhet er det ut fra mitt kildemateriale vanskelig å si hva som har spilt størst rolle. Andre faktorer som kvotering av nordnorsk ungdom og organisering av helsetjenesten spiller også en viktig rolle for studentenes senere yrkesvalg. Kvotering av nord-norsk ungdom har fra 1973 til i dag økt fra 25 prosent til 60 prosent.<sup>303</sup> I tillegg må det åpenbart være flere faktorer som spiller en rolle i og med at legedekningen i spesielt primærhelsetjenesten i Nord-Norge varierer.<sup>304</sup> En faktor er spesielt struktur og organisering av legetjenesten i distriktskommuner og avstand til sykehus og medisinske fagmiljøer.<sup>305</sup>

Det må skilles mellom opprettelsen av medisinutdanningen i Tromsø i seg selv, og vurderingen av om studieplanens utforming hadde en effekt. Om førstnevnte, det vil om opprettelsen av medisinutdanning i Tromsø var viktig, er det et samstemmig syn på at dette var et av de viktigste tiltakene mot legemangel i Nord-Norge, selv om metoder og utvalg som har vært lagt til grunn for disse undersøkelsene er noe sprikende. Legedekningen i Nord-Norge har også etter opprettelsen av Universitetet i Tromsø vært ustabil, og mange nyutdannede leger reiser fortsatt til Sør-Norge eller velger sykehusjobb istedenfor arbeid i distrikt. Men det fremheves at statlige myndigheter har fått et virkemiddel for å bremse dette ved å kunne øke utdanningskapasiteten.

Om ringvirkninger for landsdelen skrev Arne Nordøy i 1985 at målet om bedre helsetjenester for regionen er nådd ved at Tromsø har fått et godt sykehus i Tromsø, som er blitt en ressurs for mindre sykehus i regionen.<sup>306</sup> Og dette i seg selv er et viktig poeng som er omtalt i kapittel 5. Hjort klarte å fremskynde utbygging av midlertidige bygg (provisorieplanen), i tillegg til at han fikk myndighetene til å forplikte seg til utbygging av et integrert medisinstudium allerede i 1969. Men uavhengig av dette måtte medisinutdanning i

---

<sup>302</sup> Straume/Shaw 2010:390

<sup>303</sup> Alexandersen et al. 2004:2

<sup>304</sup> Straume/Shaw,2010: 390

<sup>305</sup> Alexandersen et al. ,2004: 1

<sup>306</sup> Nordøy,1985: 485

Tromsø få positive konsekvenser for utbyggingen av helseinstitusjoner og etablering av et medisinsk fagmiljø.

Oppsummert er det slik jeg ser det en klar oppfatning av at studieplanens utforming er av betydning, men det finnes ikke entydig forskning på dette som skiller tydelig mellom medisnutdanningens beliggenhet, kvotering av nordnorsk ungdom eller studieplanens utforming, og hva som veier tyngst.

Peter F. Hjort har i ettertid publisert flere artikler hvor han reflekterer over tiden som leder av interimsstyret og den første rektoren ved universitetet i Tromsø. I en publisert tale til det første avgangskullet i 1979 sa han at grunnlaget for beslutningen om Universitetet i Tromsø var enkle primitive distriktspolitiske resonnementer om likestilling mellom landsdelene, og distriktspolitikken flaggsak. Dette var den ene tråden, den andre var 1960-tallets tanker om akademiske reformer som kulminerte i studentopprøret i 1968. Integrasjon var middelet for å nå dette målet: Integrasjon mellom fagene og integrasjon med samfunnet utenfor. Fagområdet medisin var kanskje de som mest konsekvent gjennomarbeidet ideologien om et annerledes universitet, og resultatet var den medisinske studieplanen. Han oppsummerte at bare seks år senere var forskningen kommet i gang, pasientene hadde fått det bedre takket være nye veier i organisere sykehusarbeidet, men la også til at han ønsket mer samarbeid og forskning med distriktshelsetjenesten.<sup>307</sup>

I artikkelen *Gode leger – hvordan blir studentene det? Spør han hva betyr mest? Studieplanen eller lærerne?*<sup>308</sup> Uavhengig av en vurdering av om studieplanen kan være et redskap for regional endring skrev han at han i 1969 hadde stor tro på studieplan som redskap, men fant ut etter et langt liv at en godt fungerende studieplan avhenger av gode lærere. Gode lærere kan redde en dårlig studieplan og motsatt en god studieplan kan bli ødelagt av dårlige lærere.<sup>309</sup> I artikkelen *Tilbakeblikk* fra 1980 skrev han at studieplanen også måtte sees i lys av 1968-ideologien, og at den ble et middel i en større akademisk reform. Derfor ble slagordet for medisnutdanningen: *Klart hode og et varmt hjerte*. Men han stod inne for at de fleste prinsippene bak studieplanen stod like sterkt 10 år etter. Han avsluttet artikkelen med å oppsummere sitt syn på studieplaner med at han i utgangspunktet ikke var i tvil om at den

---

<sup>307</sup> Hjort, 1979:1404

<sup>308</sup> Hjort, 1991:3700-03

<sup>309</sup> Ibid

medisinske studieplanen hadde helt avgjørende betydning, men nå hadde falt ned på at studieplaner er viktige, men bare på en indirekte måte.

*Det avgjørende er at unge mennesker oppdras i et miljø som er preget av optimisme. Engasjement, entusiasme, innsatsvilje og selvtillit. Da finner det gode rolle-modeller blandt lærerne, og da går resten av seg selv.*<sup>310</sup>

Dette er en vurdering av studieplanen sett i ettertid, og viser at en studieplan kun er en av mange faktorer som er viktig for et godt læringsmiljø. Hjorts poeng, slik jeg tolker det, er at en studieplan alene ikke er avgjørende. Man må ha dyktige lærere, motiverte studenter og at begge disse gruppene jobber sammen mot et felles mål. Da universitetet startet medisinutdanningen var nettopp miljøet preget av entusiasme og troen på at alle som deltok var med på å skape historie.

---

<sup>310</sup> Hjort, 1980:224

## **Kapittel 7 Konklusjon**

### **7.1. Innledning**

Jeg valgte å skrive om medisnutdanningen i Tromsø fordi jeg var nysgjerrig på hvordan en studieplan i medisin kunne være et virkemiddel for å tjene landsdelen Nord-Norge. I oppgaven har jeg undersøkt utviklingstrekk som lå til grunn for dette uttrykket. Deretter har jeg sett spesifikt på hvorfor man valgte en studieplan basert på Harlem-komiteens innstilling, og om det var en sammenheng mellom dette valget og målsettingen om landsdelsrelevans.

### **7.2 Hovedfunn**

I kapittelet om landsdelsrelevans undersøkte jeg perioden 1961 til 1968, det vil si frem til vedtaket om opprettelsen av Universitetet i Tromsø ble vedtatt. Formålet med dette var å finne ut hvorfor dette ble en viktig del av universitets målsetting og språkbruk. Det var naturlig å begynne med Kleppe-komiteens innstilling i 1961 som markerte begynnelsen på den endelige vedtaksprosessen av et universitet i Nord-Norge. De sidene ved debattene jeg har konsentrert meg om er:

- Utviklingen av synet på utdanningspolitikk 1961-1968.
- Hvordan distriktpolitikkenes gjennomslag ble synliggjort gjennom disse prosessene.
- Argumentene som vant fram i debattene, og grunnene til at disse fikk gjennomslag i de forskjellige periodene.
- Hvordan landsdelsrelevans ble operasjonalisert?
- Hva forteller dette om regionaliseringsprosessen i Nord-Norge?

Om medisnutdanningen og valget av studieplan har jeg gjennomgått følgende:

- Harlemkomiteens innstilling som studieplanen ved Universitetet i Tromsø var basert på.
- Prosessen som førte til valg av denne studieplanen.
- Hvilken betydning er denne planen blitt tillagt i ettertid?

#### **7.2.1 Landdelsrelevans**

Landsdelsrelevans, som ble slagordet for Universitetet i Tromsø, var et resultat av to strømninger; distriktpolitikken og studentopprøret i 1968. Uttrykket symboliserte at det nye universitetet skulle ha et spesielt ansvar for å utvikle landsdelen Nord-Norge. I tillegg skulle

det nye universitetet sette i gang akademiske reformer og det ble brukt slagord om at vitenskapen også skulle tjene folket, ikke bare universitetene.

Både de distriktpolitiske argumentene og en radikal universitetspolitikk var viktige kjennetegn ved Universitetet i Tromsø og resulterte i et universitet som innførte nye studiemodeller og nye fag med en klar orientering mot landsdelen. Samtidig var det vel så viktig å holde høy faglig kvalitet og være et universitet for hele nasjonen. Disse to målsettingene blir imidlertid av Fulsås betegnet som sprikende ambisjoner. Det oppstod også spenninger, og spesielt den som er omtalt som målsettingsstriden som førte til at Peter F. Hjort valgte å gå av. Dette var konflikter som primært handlet om representasjon og universitetsdemokrati og ikke om landsdelsrelevans.

På begynnelsen av 1960-tallet, da Kleppe-komiteens innstilling ble lagt frem, var utdanningspolitikk ikke sett på som et distriktpolitisk virkemiddel. Utdanningspolitikk ble satt høyt på den politiske dagsorden med formål å bedre nasjonens konkurransevne, og dessuten sett på som et gode for den enkelte. I den påfølgende debatten om den videre utbygging av universiteter og høyskoler kom distriktpolitiske argumenter høyt opp på den politiske dagorden. Universitetet i Tromsø ble tema for en egen utredning gjennom Ruud-komiteen, og debatten som pågikk om en høyere utdanningsinstitusjon i Nord-Norge viser at det var et gap mellom offisiell statlig politikk og debatten som pågikk i og om landsdelen. Dette gapet ble etter hvert redusert, og synliggjort allerede i Stortingsdebatten om Kleppe-komiteens innstilling ved at utdanningspolitikk måtte handle om noe mer enn kapasitetsøkning og avlastning av eksisterende utdanningsinstitusjoner.

Bertelsens undersøkelse om sammenhenger mellom utdanningssted og arbeidssted var en av de første i sitt slag som dokumenterte at utdanningssteders beliggenhet hadde en betydning. Dette var med på å gi tyngde og troverdighet til distriktpolitiske argumenter som allerede eksisterte. Bertelsens undersøkelse førte til at andre faglig baserte utredninger om kapasitetsøkning av medisinerutdanningen, som Brodal-komiteens innstilling, ikke fikk det gjennomslag den i utgangspunktet var forventet å få.

Vedtaket om opprettelsen av medisinerutdanning i Tromsø kan også sies å markere et brudd med etterkrigstidens fagstyre. Brodal-komiteen argumenterte for at det mest effektive måten å øke legedekningen på var å utvide kapasiteten i Oslo og i Bergen, og ut fra et



kostnadsperspektiv var nok dette korrekt: Et medisinsk fakultet i Tromsø var ikke den billigste løsningen, men det var nå andre argumenter om preferanser i forhold til arbeidssted, landsdelens behov og et i mine øyne mer langsiktig perspektiv som ble lagt til grunn. Med langsiktige behov mener jeg at Brodal-komiteens forslag ikke ble sett på som de beste for å sikre at legemangelen i Nord-Norge ville bli dekket over tid. Det var ikke tilstrekkelig med flere leger, det måtte utdannes leger som ville arbeide i Nord-Norge. Argumentene som vant frem var altså basert på nordnorske behov, men også at grunnlaget for et universitet og spesielt en medisinutdanning var til stede.

Niemi, Tjelmeland og Zachariassen legger alle til grunn i sine teorier om regionaliseringsprosessen at Nord-Norge fremsto som en identitetsregion rundt 1970. Niemi hevder at etterkrigstiden var en fase preget av mindre grad av organisert regionalisme. På grunn av fokus på gjenreisning og økonomisk vekst var det i mindre grad rom for bl.a. kulturbasert identitetsbygging. I Zachariassens faseinndeling av Nord-Norges regionalisering markerer han 1966 som et viktig skille. Dette eksemplifiseres ved Ottar Brox sin bok om *Hva skjer i Nord-Norge?* I følge Zachariassen er denne boken et eksempel på at Nord-Norge hadde utviklet en sterk identitetsfølelse som kom innenfra, og at det som i dette eksempelet viste seg bl.a. i protest mot sentralmaktens moderniseringspolitikk. Denne boken er i Steenberg Hansens hovedoppgave om Nord-Norgeplanene omtalt som en direkte reaksjon på utviklingen i Nord-Norge etter Nord-Norge-planen i 1952. Boken brøt med den offisielle holdningen til distriktpolitikk og dermed også til den alminnelig førte politikk i landet. Boken ble startskuddet til forskning og debatt på og om både regional- og distriktpolitikken og lokalsamfunn. Man begynte å stille spørsmålstegn ved premissene og målene i den alminnelige politikk og i regional- og distriktpolitikken.<sup>311</sup>

Når vi følger utviklingen av argumentasjonen for et universitet i Nord-Norge stemmer dette godt med disse teoriene og innfallsvinklene til Niemis og Zachariassens faseinndelinger. Nord-Norge fremsto som en identitetsregion på 1970-tallet, men utviklingen mot dette begynte mye tidligere, og ble synliggjort i argumentasjonen for opprettelsen av Universitetet i Tromsø.

Debatten om et universitet i Nord-Norge har nok medvirket til å styrke utviklingen mot en identitetsregion. Fokus på distriktpolitikk og landsdelen Nord-Norge som et *distrikt med*

---

<sup>311</sup> Steenberg-Hansen, 1993:8

*svakt og ensidig næringsgrunnlag og dårlig utbygd samfunnsservice* ble erstattet av en politikk som handlet om å bygge videre på det landsdelen allerede hadde av ressurser og kapasitet. Ikke minst finner vi vektlegging av et rettferdighetsperspektiv. Dette var en argumentasjon som ble fremført *av* landsdelen og etter hvert *om* landsdelen.

Opprettelsen av Universitetet i Tromsø hadde en stor betydning, og økte tempoet til prosessen mot det å fremstå som en identitetsregion, ikke bare i landsdelen, men også nasjonalt, hvor synet på Nord-Norge som en underutviklet og fattig region ble endret til at Nord-Norge var alt fra eksotisk til en landsdel med en sterk selvstendig identitet. Nord-Norge ble ikke lenger sett på som kulturløst og tilbakeliggende, et syn som i følge Fulsås dominerte fortsatt på 1960-tallet.<sup>312</sup> Utdanning som faktor for å fremskynde denne regionaliseringsprosessen har altså uten tvil vært av betydning, og opprettelsen av Universitetet i Tromsø i seg selv var viktig for landsdelen, både som en pådriver og som en forsterker av utviklingen mot modernisering av Nord-Norge.<sup>313</sup>

Uttrykket landsdelsrelevans ser jeg som et resultat av en utvikling som skjedde i og av landsdelen. Dette i motsetning til distriktspolitikken som var statens politikk overfor landsdelen. Landsdelsrelevans uttrykker at man i Nord-Norge så på seg selv som en landsdel som hadde kvaliteter som det nye universitetet skulle bidra til å videreutvikle, og ikke bare tilføre.

Det var ikke bare medisinutdanningen som skulle ha en landsdelsrelevans. Denne målsettingen var en del av målsettingen for alle fagområdene ved universitetet. Målsettingen om landsdelsrelevans innebar også at Universitetet i Tromsø gjorde mange, på den tiden, uvanlige grep. Opptaksreglene er et eksempel på dette. De valgte å bevisst prioritere landsdelens egen ungdom i tillegg til å lage regler som skulle kompensere for at mange ikke hadde hatt samme mulighet til videregående utdanning som i resten av landet, og slik at de faktisk fikk muligheten for høyere utdanning.

### **7.1.2 Medisinutdanningen**

Medisinutdanningen var i utgangspunktet selve stridens eple og den viktigste delen av argumentasjonen for å få etablert et universitet i Tromsø før Trondheim. Studieplanen ble av Harlem-komiteen i første omgang vurdert å være et virkemiddel for å påvirke studentenes

---

<sup>312</sup> Fulsås, 1994:29

<sup>313</sup> Fulsås, 1994:32

valg i seg selv, det vil si for å få nyutdannede kandidater til å velge å jobbe i distriktet Nord-Norge. Harlem mente at dette var et virkemiddel som for eksempel Helsepersonellkomiteen ikke hadde vektlagt når de foreslo tiltak for å øke legedekningen og legefordelingen i Norge.

Det er i utgangspunktet en sterk kobling mellom medisinstudium og helsetjenesten. Så den enkle forklaringen på at medisinstudiet skulle ha en betydning er ikke unik for Tromsø eller Nord-Norge. Enhver medisinstudium vil påvirke sitt nærmiljø på grunn av sykehusutbygging, etablering av universitetsklinikker, forskning og tilgang til et vitenskapelig miljø.

Harlem-komiteens innstilling kom som en følge av lokale krefter i Nord-Norge, ved at Universitetskomiteen i Tromsø ønsket å sette i gang en prosess med å få inkludert helsetjenesten i landsdelen i medisinstudiet. Dette falt sammen med at Kirke- og utdanningsdepartementet ønsket å trekke inn Tromsø-vennlige personer fra det medisinske miljøet i Oslo. Harlem var perfekt for denne jobben på grunn av sin posisjon som redaktør for *Tidsskrift for Den norske legeforening*. Til tross for motstand fra Helsedirektør Karl Evang var studieplanprosessen rettet mot Tromsø. Men det var ikke gitt at medisinstudiet i Tromsø skulle innføre integrert studieplan. I Ruud-komiteens innstilling, og til og med i Peter F. Hjorts holdning fra 1968, var i utgangspunktet en klassisk todelt modell med preklinikk og klinikk. Det konkrete forslaget var at medisinstudiet skulle starte opp med klinisk undervisning i første omgang, og deretter utbygging av preklinikk. Tidsperspektivet var oppstart 7 til 8 år frem i tid.

Da jeg begynte med denne masteroppgaven var jeg primært opptatt av studieplanens utforming og betydningen den integrerte modellen fikk i seg selv. Artikler om Tromsø-modellen sett i ettertid har hovedsakelig handlet om betydningen av tidlig pasientkontakt, tjeneste i distriktene, større innslag av samfunnsmedisin og ulike målinger av antall nord-norske leger som blir i landsdelen. Alt i alt vurderes studieplanen som vellykket og har vært med på å gi studentene en annen erfaringsbakgrunn. Universitetet er den dag i dag fortsatt tro mot den opprinnelige målsettingen.

Etter å ha gjennomgått kildene har jeg blitt mer oppmerksom på at valget av integrert modell også fikk en strategisk betydning for Hjort og Interimsstyret. For Hjort var det en klar forutsetning for å ta på seg oppdraget at oppbyggingen av universitetet måtte skje raskt. Dette

både av distriktpolitiske, men også psykologiske årsaker. Hjort begrunnet sine krav med at den opprinnelige planen etter hans syn ville forsinke økningen av antallet medisinere i Nord-Norge. Taktiske hensyn spilte også en rolle fordi han fryktet at hvis det gikk for lang tid før det forelå forpliktende økonomiske løfter fra myndighetenes side ville han miste momentet i saken, og bli forbigått av andre byggeprosjekter.

Han var derfor tydelig på at Regjering og Storting måtte forplikte seg til en realistisk økonomisk satsing og en tempoplan. Her mener jeg den integrerte studieplanen spilte en helt sentral rolle fordi den gjorde det umulig å begynne med kun klinikk. Det måtte en helhetlig utbygging til. Dette fikk han støtte til hos regjeringen, og deretter i Stortinget som i juni 1969 vedtok integrert medisinsk skole i Tromsø. Videre fikk han også gjennom en *provisorieplan* i 1970 som skulle sikre oppstart av universitet mange år tidligere enn planlagt i midlertidige lokaler. Dette var nok også ut fra både en idealistisk vurdering og en strategisk vurdering, og argumentasjonen var den samme som han brukte for å få gjennom økonomi- og tempoplanen i 1969. Idealistisk for han mente at det var viktig for landsdelen å få det nye universitetet i gang så raskt som mulig. Taktisk fordi det var nå det var interesse og engasjement for universitetet, noe han mente var av uvurderlig betydning for å gjennomføre dette vanskelige prosjektet. Interimsstyret stilte nærmest et kabinettsspørsmål for å få støtte til provisorieplanen. Provisorieplanen innebar en opprustning av spesielt sykehuset i Tromsø innenfor et kortere tidsperspektiv enn om man skulle ha ventet på full utbygging.

Studieplanen i medisin i Tromsø som regionalt virkemiddel kan ut fra dette vurderes ut fra den betydningen studieplanens innhold og utforming fikk. Men den kan også vurderes ut fra den praktiske betydningen integrert undervisning fikk for utbyggingen av universitetet fordi den stilte krav til bygninger og nær beliggenhet mellom teoribygget og sykehusavdelinger.

Jeg mener derfor at valget av denne planen fikk en betydning fordi det hindret oppstart av kun klinisk undervisning, og presset frem et større fokus og satsing på bygninger. Det fremheves videre både av Fulsås og i minneordet etter Peter F. Hjort at hans press på sentrale myndigheter for økt tempo og forpliktelser til utbygging og rekruttering av personell kom i siste øyeblikk før ekspansjonsperioden i universitetssektoren kulminerte i 1973 og oljekrisen i 1974. Selv om det ikke er vanskelig å vurdere hva som ville skjedd hvis Hjort og Interimsstyret hadde valgt den opprinnelige tempoplanen, mener jeg at valgene han tok fikk betydning både i forhold at medisinutdanningen startet opp tidligere enn opprinnelig planlagt

og at sykehus og undervisningsbygg fikk en forpliktende finansiering som de kanskje ikke ville fått ellers. Dette var kanskje vel så viktig som studieplanens utforming.

# Kilde- og litteraturliste

## Litteratur

- Arbo, P. (2007) Den regionale fellesnevner. *Plan: tidsskrift for samfunnsplanlegging, byplan og regional utvikling*, 2007 (2), s. 20-17.
- Bergh, T. et al. (1988) *Norge fra u-land til i-land: vekst og utviklingslinjer 1830-1980*. Oslo. Gyldendal Norsk Forlag.
- Bertelsen, T. I. (1998) *De skapte legemangelen: Kampen mot utenlandsmedisinerne: en universitetspolitisk og profesjonspolitisk studie fra årene 1945-1960*. Bergen: Alma mater.
- Bertelsen, T. I. (1991) *Kampen for et medisinsk fakultet i Tromsø*. Bergen, T. I. Bertelsen.
- Bull, E. (1982) *Norgeshistorien etter 1945*. Oslo, Cappelen.
- Calman, K. C. (2007) *Medical education: past, present and future*. Edinburgh, Churchill Livingstone Elsevier.
- Fulsås, N. (1994) Universitetet og omforminga av Nord-Norge. *Kunnskap og samfunn.200/1994*, s. 26-33.
- Fulsås, N. (1993) *Universitetet i Tromsø 25 år*. Tromsø: Universitetet i Tromsø.
- Furre, B. (1996) *Norsk historie 1905-1990: Vårt hundreår*. 3. opplag. Oslo, Samlaget.
- Haave, P. (2009b) Fra fritt til lukket medisinstudium. Myndighet og kyndighet i konflikt(1923-1940). I: Collett, J. P., Myhre, J. E. og Skeie, J. red. *Kunnskapens betingelser: festskrift til Edgeir Benum*. Oslo, Vidarforlaget
- Hansen, J. C. og A. Holt-Jensen (1982) *Ressursene våre*. Gyldendal Norsk Forlag.
- Jaklin, A. (2006) *Historien om Nord-Norge*. Oslo. Gyldendal Norsk Forlag.
- Jönsson, C, S. Tägil og G. Törnquist (2000) *Organizing European space*. London: Sage
- Larsen, Ø. red. (1996) *The Shaping of a profession. Physicians in Norway, Past and Present*. Canton, Mass.: Science History Publications.
- Larsen, Ø. (1989) *Mangfoldig medisin: Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo 175 år, 1814 - 1989*. Oslo: Seksjon for medisinsk historie, Universitetet i Oslo.
- Lindbekk, T. (1967) *To studier vedrørende legenes lokaliseringpreferanser*. Trondheim-studier i skolesosiologi. Oslo, Institutt for samfunnsforskning, Avdeling for sosiologi.
- Lysgård, H. K. (2007): Regioner som forestilte fellesskap hvordan og hvorfor? I: *Heimen*, bind 44, s. 85-95.

- Niemi, E. (2007) North Norway. An Invention? *Journal of Northern Studies*. 2007 (1-2), s. 81-94.
- Niemi, E. (2000) Introduction: Special session, Regions and regionalization, Nineteenth International Congress of Historical Sciences, Oslo (Specialised Themes, 9. Regions and regionalisation). Tilgjengelig fra: <<http://www.oslo2000.uio.no/english/index.htm>> [Nedlastet 2. april 2012].
- Nordby, T. (1989) *Karl Evang. En biografi*. Oslo, Aschoug.
- Rommetveit, K. (1971) *Framveksten av det medisinske fakultet ved Universitetet i Tromsø – En undersøkelse av beslutningsprosessen*. Hovedfagsoppgave. Sosiologiske institutt, Universitetet i Bergen.
- Rovde, O. (1990) Distriktpolitikk som etterkrigshistorisk forskningsfelt. *LOS-senter notat* 90/22, s.1-61.
- Ryymin, T. og A. Andresen (2009) Effecting Equality: Norwegian Health Policy in Finnmark, 1945-1970s. *Acta Borealia*, 26 (1), s. 96-114.
- Schiøtz, A. (2003) *Det offentlige helsevesen i Norge 1603-2003 Folkets helse – landets styrke 1850-2003*. Oslo, Universitetsforlaget.
- Seip, A.L. (1991) Velferdskommunen og velferdstrekkanten – et tilbakeblikk. I: Nagel, A. red. *Velferdskommunen: Kommunenes rolle i utviklingen av velferdsstaten*. Bergen: Alma Mater
- Steenberg Hansen, S. (1993) *Tre forsøg på at planlægge Nord-Norge*. Hovedoppgave i historie. Universitetet i Tromsø.
- Selstad, T. (2002) Kultur og regional utvikling. I: Thor Ola Engen (red.) *Kulturell identitet og regional utvikling*. Rapport fra en forskningskonferanse Høgskolen i Hedmark. Rapport nr. 8 2002. Tilgjengelig fra: <[http://fulltekst.bibsys.no/hihm/rapport/2002/08/rapp08\\_2002.pdf](http://fulltekst.bibsys.no/hihm/rapport/2002/08/rapp08_2002.pdf)> [Nedlastet 4. mai 2012].
- Selstad, T. (2003) *By og land, hand i hand?: Distrikts- og regionalpolitiske diskurser i historisk perspektiv*. Lillehammer: Høgskolen i Lillehammer, Gruppe for regionalforskning.
- Tjelmeland, H. (2000) The Making of a Sub-Arctic Region: Northern Norway, 1900–2000, Nineteenth International congress of Historical Sciences, Oslo (Specialised Themes, 9. Regions and regionalisation) Tilgjengelig fra: <[http://fulltekst.bibsys.no/hihm/rapport/2002/08/rapp08\\_2002.pdf](http://fulltekst.bibsys.no/hihm/rapport/2002/08/rapp08_2002.pdf)> [Nedlastet 4. mai 2012].
- Universitetet i Bergens (1996) *Universitetet i Bergens historie*. Bergen. Universitetet i Bergen. Universitetsforlaget.
- Universitetet i Tromsø, Det medisinske fakultet (1971) *Medisinsk studieplan*. Tromsø. Universitetsforlaget.
- Vabø, A. og P.O. Aamodt (2005) Kvalitetsreformen og universitetene som masseutdanningsinstitusjoner. *Skriftserie (NIFU STEP)* 2/2005. Oslo. NIFU.
- Zachariassen, K. (2008) Rethinking the Creation of North Norway as a region. *Acta Borealia*. 25 (2), s. 113-137.

## Trykte kilder

### Tidsskriftsartikler

Aarbakke, J. og A. Nordøy, A. (2011) Minneord. Peter F. Hjort. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. [Internett], 131. Tilgjengelig fra <<http://tidsskriftet.no/article/2074517>> [Nedlastet 10. mars 2010 ].

Alexandersen, Ø. et al. (2004) Medisinerutdanningen i Tromsø – sikrer den legerekutteringen i Nord-Norge? *Tidsskrift for Den norske legeforening*. [Internett], 124 (16), s. 2107-2109. Tilgjengelig fra <http://tidsskriftet.no/article/1057747> [Nedlastet 10. mars 2010 ].

Andersen, A. et al. (2001) Legemangelen i distriktene – nordnorske funn, nasjonale utfordringer. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. [Internett], 121 (23), s. 2732-5. Tilgjengelig fra <http://tidsskriftet.no/article/399521> [Nedlastet 20. mars 2012 ].

Bertelsen, T. (1963) Hvor kommer lægene fra og hvor blir de av? *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 83 (10), s.861-870.

Brodal, A. (1961) Bør vår plan for det medisinske stadium forandres? *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 81 (22), s.1441-1445.

Gaski, M. B. Abelsen og T. Hasvold (2008) Forty years of allocated seats for Sami medical students – has preferential admission worked? *Rural & Remote Health*. [Internett], 8 (online), 2008: no. 845. Tilgjengelig fra [http://www.rrh.org.au/publishedarticles/article\\_print\\_845.pdf](http://www.rrh.org.au/publishedarticles/article_print_845.pdf) [Nedlastet 13. april 2012 ].

Getz, B. (1963) Medisinske studieplaner 1826-1955. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 83 (7), s. 603-610

Haave, P. (2011) Turnustjeneste og spesialisering – en nervøs romanse. *Tidsskrift for Den norske legeforening* [Internett],131 (16), s. 1563-7. Tilgjengelig fra <http://tidsskriftet.no/article/2126854> [Nedlastet 4. mai 2012 ].

Haave, P. (2009a) Medisinens kirurgisering og etableringen av en norsk legeskole i 1814. *Tidsskrift for Den norske legeforening* [Internett],129 (24). S. 2637-41. Tilgjengelig fra <http://tidsskriftet.no/article/1927836> [Nedlastet 4. mai 2012 ].

Harlem, O.K. (1970) Integrert medisinsk undervisning, Universitetet i Tromsø. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 90 (24), s.2281-2282.

Helberg, N.G. og T. Hasvold (2006) Karriereønsker blant medisinstudenter i Tromsø. *Tidsskrift for Den norske legeforening* [Internett],126 (16). s. 2126-8. Tilgjengelig fra < <http://tidsskriftet.no/article/1414122>> [Nedlastet 18. oktober 2010 ].

Hem, E. (2003) Har noen sett en 100 år gammel studieplan? *Tidsskrift for Den norske legeforening* [Internett ], 123 (19), 2758. Tilgjengelig fra <http://tidsskriftet.no/article/896966> [Nedlastet 4. mai 2012 ].

Hjort, P.F. (1991) Gode leger – hvordan blir studentene det? *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 111 (30), s.3700-3702.



- Hjort, P. F. (1980) Medisinerstudiet i Tromsø. Ideologi og intensjon – et tilbakeblikk. *Nordisk Medicin*. 95 (8-9), s. 222-224.
- Hjort, P. F. (1979) Tromsø i mål. Tale ved avslutningen av det første kull av leger ved Universitetet i Tromsø. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 99 (28), s.1404-1405.
- Hjort, P.F. (1969) Universitetet i Tromsø – Hva kan det gi og hva vil det kreve? Foredrag av formannen for interimsstyret for Universitetet i Tromsø. Professor Peter F. Hjort, holdt i Studentersamfunnet i Tromsø den 13.2.1969. *Kultur-Kontakt*.
- Hjort, P.F. (1968) Tanker om medisinen i fremtidens samfunn. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 88 (13), s.1311-1312.
- Hjort, P.F. (1967) Tanker om medisinen i fremtidens samfunn. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 87 (20), s.1663- 1670.
- Hjort, P.F. (1961) Revisjon av det medisinske studium? *Tidsskrift for Den norske lægeforening*. 81 (22), s.1486-1488.
- Hjort P.F. og F. Wisløff (1971) Universitetet ut i helsetjenesten. *Inter Medicos*. 14, s. 69-71
- Larsen, Ø. (2002) Studieplaner, deres funksjon og foranderlighet. *Tidsskrift for Den norske legeforening* [Internett],122 (19). s. 1929-30. Tilgjengelig fra < <http://tidsskriftet.no/article/582317>> [Nedlastet 4. mai 2012 ].
- Larsen, Ø. (1968) Den medisinske undervisnings historie i Norge i tidsrommet 1814-1940. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 88 (24), s.2233-2239.
- Lindbekk, T. (1968) Stortingsproposisjon nr. 142 – Et nytt universitet. *Kultur-kontakt*.4, s. 13-22.
- Mellbye, F. (1967) Medisinen og samfunnet. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 87 (17), s. 1395-1396.
- Nordøy, A. (1985) Tromsø: Lessons from a new Curriculum. *The Lancet*. 31. august 1985. 326 (8453), s. 485-487.
- Nylenna, M. og H.M. Svabø (2003) Minneord. *Tidsskrift for Den norske legeforening* [Internett],123 (8). s. 123. Tilgjengelig fra < <http://tidsskriftet.no/article/798659>> [Nedlastet 4. mai 2012 ].
- Straume, K. og D. Shaw (2010) Effective physicians retention strategies in Norway`s northernmost county. *Bull World Health Organ*, 88, s.390-394.
- Strøm, A. (1964) Utdannelsesbehovet for medisinske studenter i Norge. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 84 (10), s. 799-803.

## **Stortingsmeldinger, offentlige utredninger og komiteinnstillinger**

Kirke- og undervisningsdepartementet (1969) *Om utbyggingen av en integrert medisinsk skole ved Universitetet i Tromsø*. St.prp. nr. 167 (1968-69). Oslo. Kirke og undervisningsdepartementet.

Kirke- og undervisningsdepartementet (1967) *Om opprettelsen av universitetet i Tromsø*. St. prp. nr. 142. (1966-67). Oslo. Kirke og undervisningsdepartementet.

Kirke- og undervisningsdepartementet (1963) *Innstilling om mulighetene for høgre undervisning og utvidet forskning i Tromsø*. Avgitt av en komite oppnevnt av Kirke- og undervisningsdepartementet 9. august 1963. Innstilling avgitt 5. januar 1965. (Ruud-komiteen)

Kirke- og undervisningsdepartementet (1962) *Om den videre utbygging av universiteter og høgskoler*. St.meld. nr. 91 (1962-1963). Oslo, Kirke- og undervisningsdepartementet.

Kommunal- og arbeidsdepartementet (1966) *Om distriktsplanlegging*. St.meld. nr. 87 (1966-67). Oslo. Kommunal- og arbeidsdepartementet.

Kommunal og regionaldepartement (2005) *Om regionalpolitikken*. St. meld. Nr. 25 (2004-2005). Oslo, Kommunal- og regionaldepartementet.

Kommunal- og regionaldepartementet (2004) *Effekter og effektivitet. Effekter av statlig innsats for regional utvikling og distriktpolitiske mål*. NOU 2004:2. Oslo, Statens forvaltningstjeneste.

Kyrkje- og undervisningsnemnda (1969) Innst. S. nr. 318. (1968-69) *Tilråding frå kyrkje – og undervisningsnemnda om utbygging av ein integrert medisinsk skole ved Universitetet i Tromsø*.

Stortingstidende. Stortingsforhandlinger nr. 394 (1968). *Om opprettelsen av universitetet i Trondheim, Bevilgning til Universitetet i Trondheim og skiping av universitet i Tromsø*. 28. mars 1968.

Stortingstidende. Stortingsforhandlinger om St.meld. nr. 91 (61-62) 11. mars 1963.

Utvalget for planlegging av den fremtidige utbygging av medisinske undervisning og forskning, oppnevnt 2. juni 1964 av Kirke- og undervisningsdepartementet. *Plan for utbygging av medisinske læresteder i Norge 1966-80*. Avgitt september 1964 av utvalget for planlegging (Brodal-komiteen)

Utvalget til å utrede spørsmålet om integrert medisinsk undervisning, oppnevnt av Kirke- og undervisningsdepartementet 17. oktober 1967. *Integrert medisinsk undervisning*. Innstilling avgitt juli 1968. Publisert i *Tidsskrift for Den norske legeforening* nr. 17, 1968. Side 1615-1643. (Harlem-komiteen)

## **Evaluering av studieplanen i medisin ved Universitetet i Tromsø**

Hjort P.F. (2006) *Ny virkelighet og nye rammevilkår for medisinerutdanningen i Tromsø*. Innlegg Universitetet i Tromsø 8.9.2006 (Roald-rapporten).

Universitetet i Tromsø (2011) *Medisinsk studieplan. Innstilling fra Prosjektgruppen for revisjon av medisinstudiet ved helsevitenskaplig fakultet*. Tromsø, Universitetet i Tromsø.

Universitetet i Tromsø (2007) *Utdanning av morgendagens leger. Prinsipper for revisjon av profesjonsstudiet i medisin ved Universitetet i Tromsø*.

Universitetet i Tromsø (1999) *Innstilling om opptak av 120 studenter årlig til emnestudiet i medisin ved Universitetet i Tromsø*. Innstilling fra en arbeidsgruppe nedsatt av Det medisinske fakultet. Tromsø november 1999. Tromsø, Universitetet i Tromsø.

Universitetet i Tromsø (1992) *Revisjon av studieplanen for medisinstudiet i Tromsø*. Innstilling fra et utvalg nedsatt av Studiestyret for medisin. Studiestyret for medisin. Universitetet i Tromsø. Utvalget for langsgående revisjon av medisinstudiet. Tromsø november 1992. Tromsø, Universitetet i Tromsø.

Roald. B m.fl. (2006) *Evaluering av profesjonsstudiet i medisin ved Universitetet i Tromsø*. Rapport fra ekstern evalueringsgruppe. Avgitt 2006. Tromsø, Universitetet i Tromsø.

### **Aviser**

Aftenposten. 8.3.1969. Intervju med Alf Brodal. *Der er å begynne i den gale ende å begynne med Tromsø*.

Aftenposten. 15.2.1969. *Medisinerutdannelse i Tromsø ti ganger dyrere enn forutsatt*.

Arbeiderbladet. 21.11.1964. *En langtidsplan for universitetsutbyggingen i Norge*. Kronikk av G. Natvig-Pedersen.

Arbeiderbladet. Ikke datert. *Universitetsbyggingen i Norge*. (Svar til G. Natvig-Pedersen fra Per Kleppe)

Arbeiderbladet. 20.2.1970. Intervju med Peter F. Hjort. *Prosjektet må løses av en samlet nasjon*.

Arbeiderbladet. 2.2.1965. *Universitetsinnstillingen skapte glede i Nord-Norge*.

Arbeiderbladet. 2.2.1965. *Tromsø i startgropen for reising av et nytt universitet*.

Dagbladet. 30.10.1967. *Medisinsk undervisning i Tromsø bør bli noe nytt*.

Dagbladet. 23.10.1964. Intervju med Johan Ruud. *Vi må ikke avskrive Nord-Norge*.

Harstad Tidende. 15.10.1971. *Hvordan bør medisinstudenter utvelges?* Erik Poppe, dr.med.

Nordlys. 20.3.1972. *Gjerde godtar ikke opptaksbegrensninger i Tromsø i høst*.

Nordlys. 26.8.1969. *Klassesamfunn på ny?*

Nordlys 25.8.1969. Lasse Efskind: *Et uakademisk universitet.*

Nordlys. 30.10.1967. *Nye veier i medisinstudiet ved Tromsø-fakultetet.*

## **Upubliserte kilder fra arkivet ved Universitetet i Tromsø**

### **Opptak**

Protokoll fra Universitetsstyret sak 191/79

Sak i Universitetsstyret, UiT, T- 3/79 Forslag til endring av § 5 (Gruppeinndeling ved opptak) i Utfyllende regler for opptak til det medisinske studium ved Universitetet i Tromsø. 29.3.1979.

Oversikt over by/land-tilknytningen for nord-norske medisinstudenter ved UiT, 13.3.1979

Brev fra Norsk-Finsk forening til Universitetet i Tromsø 10.10.1978

Brev til Samisk utdanningsråd fra studiesjef D. Mathiesen (UiT) om regler for opptak av samisktalende studenter til universiteter og høyskoler. 19.10.1977.

Protokoll fra universitetsstyret datert 5. april 1977. Enstemmig bifalt i møte 14. april 1977. Avisen Tromsø, 15.2.1977 *Voksne med yrkespraksis skal kunne bli studenter.*

I brev til Universitetsstyret ved Universitetet i Tromsø fra Fagområdet medisin ble det foreslått at det ikke lenger skulle gis tilleggspoeng til finskspråklige søkere 25.3.1977

Internt brev fra fagområdet medisin til Universitetsdirektøren (UiT) om opptakskriterier for samiske studenter ved kvoteopptak til lukkede studier. 13.5.1976.

Brev til Kirke- og utdanningsdepartementet fra Nordisk samisk institutt om opptakskriterier for samiske studenter ved kvoteopptak til lukkede studier. 3.2.1976.

Brev til Kirke- og undervisningsdepartementet fra Universitetet i Tromsø. Opptaksreglement til medisinsk studium. Henvisning til vedtak i Interimsstyret 78/1973.

Brev fra Fagutvalg for medisin til Interimsstyret om opptaksreglement for det medisinske studium – Interimsstyrets vedtak sak 250/72. 28.9.1972.

Brev til Kirke- og undervisningsdepartementet fra Interimsstyret med spørsmål om departementet kan slutte seg til prinsipp om preferanse for nordlendinger. 13.9.1972.

Brev til Interimsstyret fra Fagutvalg for medisin, datert 7. juli 1972. Forslag til opptaksregler vedlagt.

Brev til fagutvalgets medlemmer fra Harry Eliassen, fagsekretær, datert 8. juni 1972. Notat om opptaksreglement for det medisinske studium.

Internt brev fra fagutvalg for filosofi om spørsmål om adgangsbegrensning høsten 1972. 6.6.1972.

Brev til Interimsstyret fra Studentenes hovedkomite for universitetsplanlegging om spørsmål om adgangsbegrensning høsten 1972. 19.5.1972

Peter F. Hjort. *Universitetet i Tromsø: Åpent eller lukket?* Notat. 16.2.1972.

Innstilling til dekanmøtet 17.11.71 om seleksjonsmetoder ved opptak av medisinske studenter. Datert 10.11.1971.

Sak 186/1971 til Interimsstyret. Opptaksvilkår til det medisinske studium i Tromsø.

Brev til Kirke og undervisningsdepartementet fra dekanus ved Det medisinske fakultet UiO, datert 26. mai 1971. Opptaksreglene ved de medisinske fakulteter i Oslo, Bergen og Tromsø. Vedlegg opptaksregler UiO og UiB.

Chr. F. Borchgrevink i notat: Forslag til diskusjonsgrunnlag omkring opptaksregler ved det medisinske studium i Tromsø, datert 10.3.1971.

Brev til Interimstyret fra Knut Gjesdal, sekretær for medisinsk fagutvalg, datert 26. mai 1971.

## **Interimstyret**

Peter F. Hjort. *Målsettingsstriden og det første rektorvalg ved Universitetet i Tromsø*. Tromsø juni 1974.

*Medisinerstudiet i Tromsø høsten 1973*. Velkomsthfte for det første kullet ved Universitetet i Tromsø. 16.8.1973.

Brev til KUF fra Peter F. Hjort. Universitetet i Tromsø. *Målsetting og rolle for undervisning og forskning, spesielt med hensyn til oppgavene i landsdelen*. 1.12.1973.

Brev fra KUF til Universitetet i Tromsø. *Stortingsmelding om et utbyggingsprogram for Nord-Norge*. 15.11.1973.

Referat fra interimstyrets diskusjon om studentopptaket 1973.16.7.1973

Notat av Peter F. Hjort om studentopptaket høsten 1973. 20.3.1973.

Sak 196/72 til Interimsstyret om oppstart av undervisning høsten 1972. 8.6.1972.

Peter F. Hjort. *Målsettingsproblemer*. Allmannamøte 1.2.1973.

Orientering om oppstart av undervisning høsten 1972. Infohefte.. 1.4.1972.

Komite til å uttale seg om kapasiteten for utdanning av medisinske kandidater i Norge. Brev til Kirke- og undervisningsdepartementet fra Universitetet i Oslo. 25.2.1972.

Notat fra møte i kirke departementet. Innlegg fra Det medisinske fakultetet (UiO) 7.2.1972.

Arbeidsdokument v/ formannen i Interimsstyret og administrasjonen 10. mars 1971. Status pr. 1. mars 1971 og arbeidsoppgavene i de kommende 2 år.

Foreløpig orientering om revisjon av den nåværende studieplan. Universitetet i Oslo. 21.12.1971.

Referat fra møte i Kirke og undervisningsdepartementet 18.11.1971 om utdanning av medisinerere.

Sak til Dekanmøte. *Utdanningskapasiteten av medisinske studenter ved de medisinske fakulteter i landet.* 17.11.1971.

Peter F. Hjort: *Notat om behov for og fordeling av utdanningskapasitet i Norge.* 8.10.1971.

Brev fra Kirke og undervisningsdepartementet til de medisinske fakultetene og Sosialdepartementet. *Konferanse om utdanning av medisinerere.* 1.10.1971.

Fagutvalget for medisin. *Administrasjons- og organisasjonsplan for studieplanen for medisinsk fagområde ved Universitetet i Tromsø.* 28.9.1971.

Jon Lundevall. *Notat om fakultetets kapasitet til å utdanne studenter.* 23.9.1971.

Brev fra Peter F. Hjort til Universitetet i Oslo. *Legemangel og opptakskapasitet ved de medisinske skoler i Norge.* 20.9.1971.

Brev til Peter F. Hjort fra dekanus Universitetet i Oslo om legemangel. 14.9.1971.

Notat om studieplanen (håndskrevet). Peter F. Hjort. 20.1.1971.

Invitasjon til åpent møte om studieplanen. Fagutvalget for medisin. 8.1.1971.

Universitetet i Tromsø. *Innstilling fra målsettingskomiteen.* Avgitt mars 1971.

Protokoller fra møter i fagutvalg for medisin 14.4.1969 til 10.12.1971

Rapport fra Universitetet i Tromsø til Stortingets kirke og undervisningskomite. 2.11.1970.

Referat fra møte mellom Peter F. Hjort og regjeringen om provisorieplanene. 16.3.1970.

Plan for oppstartning av Universitetet i provisoriske lokaler fra 1972-73. Tromsø, 10.3.1970.

Brev fra Peter F. Hjort til ekspedisjonssjef E. Skadsem, Kirke og undervisningsdepartementet. *Ad: Universitetet i Tromsø. Status presens.* 28.11.1969.

Peter F. Hjort. *Medisinsk undervisning i provisoriske lokaler i Tromsø.* 1.9.1969.

Innstilling om de bygningsmessige forutsetningene for medisinsk undervisning i provisoriske lokaler i Tromsø fra 1972 eller 1973. (Ikke datert, men henvisning til møte i Interimstyret 15.8.1969)

Notat ved universitetsdirektøren. Universitetet i Tromsø – Klinisk medisinsk undervisning fra 1972. 18.9.1969.

Kronikk av Peter F. Hjort. *Universitetets rolle og oppgave i samfunnet.* 15.9 1969.

Peter F. Hjort. *Notat om de neste 500 dagene.* 9.8.1969.

Brev til interimsstyret fra Lasse Efskind om artikler i Nordlys. Lasse Efskind 2.9.1969.

Peter F. Hjort. *Rapport fra en studiereise til England oktober 1969.*

Brev til Helsedirektør Evang fra Peter F. Hjort. 7.8.1969.

Brev til fylkesmann Haug fra Karl Evang 28.6.1969.

Studentrepresentantenes bemerkninger til St.prp. 167 (1968-69) om utbygging av en integrert medisinsk skole ved Universitetet i Tromsø. Studentrepresentantene Efskind, Bø og Jacobsen St.prp. 167 (1968-69) om utbygging av en integrert medisinsk skole ved Universitetet i Tromsø. 19.5.1969.

Brev til dr. med. Arne Nordøy fra Torstein Bertelsen om et fremtidig universitetssykehus i Tromsø. 14.5.1969.

Brev fra Karl Evang til prof. Omholt om Omholts påstander om at Evang motarbeidet Universitetet i Tromsø. 22.4.1969.

Brev fra Karl Evang til Peter F. Hjort om Universitetet i Tromsø. 2.4.1969.

Brev fra Peter F. Hjort til Karl Evang. 27.3.1969.

Brev fra Karl Evang til Peter F. Hjort om Universitetet i Tromsø. 19.3.1969.

*Interimsstyrets syn på forutsetningene for utbyggingen, spesielt av den medisinske undervisning.* 15.3.1969.

Referat fra Stortingets spørretime. Svar fra statsråd Bondevik. Spørsmål fra martin Buvik 12.2.1969.

Notat av Peter F. Hjort fra møte på statsministerens kontor 15. januar 1969.

Brev/notat til Kirke- og undervisningsdepartementet fra Peter F. Hjort. *Planlegging av Det medisinske fakultet i Tromsø. Forutsetninger og forslag.* 21.10.1968.

PM fra helsedirektør Karl Evang til sosialminister Egil Aarvik. *Planlegging av Det medisinske fakultet i Tromsø.* 5.12.1968.

### **Harlem-komiteen**

Brev fra helsedirektøren til KUF. *Innstilling fra utvalget til å utrede spørsmålet om integrert medisinsk undervisning.* 2.7.1969.

Uttalelse fra Det medisinske fakultet, UiO om Harlemkomiteens innstilling. 19.6.1969.

Protokoll fra møte i Det medisinske fakultetsråd (Universitetet i Oslo). 13.5.1969.

Invitasjon til konferanse om den nye kliniske studieordning. Medisinsk studentutvalg, UiO. 28. april 1969.

Protokoll fra møte i Det medisinske fakultetsstyret, UiO, tirsdag 22. april 1969.

Forslag til uttalelse om harlemkomiteens innstilling om integrert medisinsk undervisning. Fra det medisinske fakultet ved Universitetet i Oslo. 27.2.1969.

Forslag til uttalelse fra studentenes allmannamøte angående Harlem-komiteens innstilling. 11.2.1969.

Uttalelse fra UiB, Det medisinske fakultet om Harlem-komiteens innstilling. 17.1.1969.

Brev til universitetsdirektøren, UiO, fra Det medisinske fakultet. *Innstilling fra utvalget til å utrede spørsmålet om integrert medisinsk undervisning.* 16.1.1969.

Brev til K. Solheim fra Peter F. Hjort om forespørsel om å skrive en leder om Harlem-komiteens innstilling i Tidsskrift for Den norske legeforening. 31.7.1968.

Brev til Peter F. Hjort fra K. Solheim om forespørsel om å skrive en leder om Harlem-komiteens innstilling i Tidsskrift for Den norske legeforening. 10.7.1968.

Nord-norsk kulturråd. Rekruttering av akademikere til Nord-Norge. 1966

### **Ruud-komiteen**

Brev fra helsedirektør Karl Evang til Birgit Garder (Studentersamfunnet). 25.10.1967.

Brev fra helsedirektør Karl Evang til Overlege K.H. Torp. 29.3.1967.

Brev fra helsedirektør Karl Evang til Kirke- og undervisningsdepartementet. 7.2.1967.

Brev fra Kåre Landmark til Torstein Bertelsen om forholdet til Brodal-komiteen. 24.10.1964.

Brev fra Torstein Bertelsen til Ottosen med notat fra Forsvarets sanitet om betydningen av legeutdanning i Nord-Norge. 13.10.1964.

Brev fra Bertelsen til Ottosen. Utkast til uttalelse om medisinske fag. 8.10.1964.

Høringsuttalelse Ruud-komiteen fra Universitetet i Bergen, Det medisinske fakultet. 19.5.1965.

Høringsuttalelse om Ruud-komiteen fra Universitetet i Oslo v/ Alf Brodal. 30.4.1965.

Brev fra Bertelsen til Kåre Landmark om Ruud-komiteens arbeid. 15.4.1964.

Kåre Landmark, foredrag i BUL Tromsø. *Universitetssaken i Nord-Norge.* 14.3.1963



## Appendiks

### Utrednings- og beslutningsprosessen.

*Kronologisk fremstilling av komiteinnstillinger og stortingsmeldinger/proposisjoner:<sup>314</sup>*

1960	Januar 1960	Kleppe-komiteen nedsettes
1961	Mars 1961	Kleppekomiteen leverer sin innstilling
1962	Mai 1962	St.meld. 91: Regjeringen går inn for utbygging i Tromsø.
1963	August 1963	Ruud-komiteen nedsettes
1964	Juni 1964	Brodal-komiteen nedsettes
	September 1964	Brodal-komiteen leverer sin innstilling
1965	Januar 1965	Ruud-komiteen leverer sin innstilling
	Oktober 1965	Regjeringsskifte (Bondevik)
1966	Desember 1966	Bondevik prioriterer Tromsø i utbyggingen av medisinsk utdanning
1967	Juni 1967	St.prp. 142 om oppretting av et universitet i Tromsø
	Oktober 1967	Harlem-komiteen nedsatt
1968	Mars 1968	Stortinget vedtar universitet i Tromsø
	Juli 1968	Harlemkomiteen leverer sin innstilling.
1969	Januar 1969	Interimsstyret nedsettes
	Juni 1969	Stortinget behandler St.prp. nr. 167. (1968-69) Om Utbygging av en integrert medisinsk skole ved Universitetet i Tromsø.
1970		
1971		
1972	August 1972	Universitetet i Tromsø åpner.
1973	August 1973	Oppstart av medisinstudiet – 40 studenter
1974		

---

<sup>314</sup> Fulsås, 1993:58, med noen tillegg.

## Antall medisinstudenter ved Universitetet i Tromsø 1973-2012

Kilde: Arkivet, Universitetet i Tromsø

Årstall	Antall medisinstudenter
1973-1987	40
1988-1990	50
1991-1993	60
1994-1997	70
1998	76
1999	85
2004	100

# Plan for Det medisinske studium, Universitetet i Oslo 1961. Tidsskrift for Den norske legeforening

Tabell 1

## Hovedtrekk av nåværende studieplan

(se teksten)

AVD.	ÅR	Avsnitt Sem./term.	UNDERVISNING				Eksamen*	
I	1	Høstsem.	Kjemi Fysikk	Komp. anatomi Gen. histologi	Forberedende prøver		Forberedende prøver	
		Vårsem.	Kjemi Med. biokjemi	Anatomi	(Forb. prøve) Psykologi	Genetikk	(Forb. prøve) Kjemi/ biokjemi ↓	
	2	Høstsem.	Anatomi					
		Vårsem.	Fysiologi Med. biokjemi	Anatomi				
		Høstsem.	Fysiologi Med. biokjemi	Anatomi	Anatomi 2 Fysiologi 1 Med. biokjemi 1			
	II	3	1. Prop. termin	Indremed. Kir. Us. metodikk	Gen. patologi	Med. psykologi Prop. psykiatri	Med. statist. og met. lære	
2.			Indremed.	Spes. patologi Patofysiologi	Nevroselære Psyk. som.	Mikrobiologi (kurs)		
4		3.	Kirurgi	Spes. patologi	Psyk. som.	Mikrobiologi Farm. Rtg.		
		4.	Hud/Øye	(Spes. patologi) Patofysiologi		Farm. Rtg.		
		5.	ØNH/Nevr.			Farm. Rtg.	Hud ↓ Øye ↓ ØNH ↓ Nev. ↓	
6. Eks. termin		Hud. Øye ØNH. Nev. Pat. anatomi			Mikrobiologi Farmakologi	Mikrob. ↓ Farm. ↓ Pat. 1 ↓		
III	5	1.	Indremed. (m./tbc. rheum. epid.)		Nevr. lære Psyk. som.	Hygiene		
		2.	Kirurgi m/stråleterapi, kir. ben - ledd, ortopedi		Nevr. lære Psyk. som.	Sos. med.		
	3.	Pediatri. Gynekologi/obstetrikk			Psykiatri Barnepsykiatri	Hyg. Sos. med.	Indremed. 2 Kirurgi 2	
	6	4. Prakt. termin	Prakt. pediatri					Obst. 1 Gyn. ↓ Psyk. 1 Ped. 1 Hyg. ↓ Sos. ↓
		5. Eks. termin	Pediatri		Rettspsykiatri	Hyg. Rettsmed. Rtg.	Rettsm. ↓ Rtg. ↓	

\* Vektallene er tilføyd: I. avdeling: 4,5  
II. avdeling: 4,5  
III. avdeling: 9,5  
Sum: 18,5

## Oversikt over studieplanen ved Universitetet i Tromsø

Basert på skisse fra Hjort, 1980:223.

Stadium I	4 terminer	Filosofi Statistikk Forberedelse – Biologiske fag, kliniske fag og samfunnsfag
Stadium II	8 terminer	Organkurs: Biologiske fag, kliniske fag og samfunnsmedisinske fag
Stadium III	2 terminer	Distrikt- Primærhelsetjeneste og lokalsykehus
Stadium IV	4 terminer	Modning: Biologiske fag, kliniske fag og samfunnsmedisinske fag Hovedoppgave

# Studieplan ved Universitetet i Tromsø 1973<sup>315</sup>

-7-

1	STAD. I		1 1/3 AR
	FILOSOFI	SOSIOLOGI	
2	STAD. II		2 2/3 AR
	KJEMI OG BIOKJEMI CELLE OG GEN. BIOLOGI VALGFRI UNDERVISNING	IND. OG UTVIKL. PSYK. INTERAKSJ. 2t/uke. VALGFRI UNDERVISNING. OPPGAVE	
3	STAD. III		3 AR
	I KLIN. US. & TOP. BEVEG. II CNS III ØYE OG ØNH IV HJERTE/KAR/RESP. (CEREBROVASK. SYKD.?) V BLOD VI GASTROINTEST. VII ERNÆRING/METAB./ENDOKR. VIII NYRE. SYRE/BASE. GENIT ♂ IX REPROD. FØD. KONTR. GENIT ♀ X HUD XI UTVIKL. BIOL. XII PSYKOPATOL. XIII SOS. MED. ALM. MED. XIV AKUTT MED. ANEST. KATASTROFEMED.	G. PATOLOGI G. FARMAKOL. G. MIKROB.	
4	STAD. IV		1 1/3 AR
	PERIFERE SYKEHUS	VALGFRI OPPGAVE	
5	STAD. IIII		1 1/3 AR
	PRIMÆR HELSETJENESTE	VALGFRI OPPGAVE	
6	STAD. IV		1 1/3 AR
	KLINISK TJENESTE (UNIV. KL.)		
6	6 AR		

MEDISINSK STUDIEPLAN, TROMSØ

<sup>315</sup> Medisinerstudiet i Tromsø høsten 1973 (velkomshäfte)