

Doktorgraden – devaluert eller bare forandret?

FORSIDEBILDET

G 5197



DE ACIDE NITRICE USU MEDICO

DISSERTATIO,

ET

PRO LICENTIA

SUMMOS IN ANTE MEDICA HONORES

RITE OPTINENDI

AD PRÆCIPUAM PARSIM

TRACTANDI REACTI

ACTUS

FREDERICUS HOLST,

MEDICINÆ CANDIDATUS.

RESPONDENS

DOCTOR ANDRÆA HOFGAARD,

STRÆTUS THEOLOGICÆ CULTURÆ &

REG. THEOL. REG. PÆD. AMALIE.

MDCCCXCVII. MDCCLXXXVIIII.

CHRISTIANIÆ,

APUD JACOBUM REHMANN.

ANNO MDCCLXXXVIIII.

Foto Øivind Larsen

I 2001 er det 185 år siden den første akademiske grad ble avlagt i Norge. Det var en lisensiatgrad som ble tatt ved Det Kgl. Frederiks Universitet i Christiania av den 25-årige legen Frederik Holst (1791 – 1871) – en oversikt over medisinsk bruk av salpetersyre.

Holsts avhandling ble forsvart 19. februar 1816. Boken har etter en kort innledning to kapitler om salpetersyren og dens egenskaper. Den tredje og største delen (side 13 – 136) omhandler anvendelsen ved forskjellige sykdommer.

Holst avla medisinsk embetseksamen i København i 1815, men allerede i 1814, som student, hadde han besvart en prisoppgave om salpetersyre (1). Hans faglige nysgjerrighet var åpenbart av tidlig dato, og den kom etter hvert til å omfatte mange andre emner enn salpetersyre.

185 år er kanskje ikke noe spesielt rundt tall, men likevel kan det være foranledning nok til både å gjengi avhandlingens tittelblad på Tidsskriftets forside, og til å knytte noen bemerkninger til utviklingen av de akademiske grader for medisinerere i sin alminnelighet.

Nordhagen (2) har beskrevet lisensiatgradsdisputasen på grunnlag av et øyenvitnes beretning, nemlig presten Claus Pavels (1769 – 1822). Sett med våre øyne virker datidens omfattende diskusjoner på latin fremmedartede. Holst stilte med en filolog som respondent, Andreas Hofgaard, og det var to ordinære opponenter og 11 ex auditorio. Arrangementets form må imidlertid sees i lys av samtiden. Det var slik tradisjonene var for denne type vitenskapelige diskusjoner – både faglig meningsutveksling og en markering av en faglig front. Det nye universitetet ønsket å knytte seg til gjengs praksis ute i Europa, spesielt i København, som var forbildet.

Frem til 1845 var avlagt lisensiatgrad en forutsetning for å få anledning til å forsvare en doktorgrad. Det var derfor rimelig at den første norske grad var en lisensiatgrad. Men i 1845 forsvant lisensiatgraden. Den ble innført igjen ved Universitetet i Oslo i 1955 som en lavere akademisk grad, men i praksis har det vært doktorgraden som har vært anvendt.

Også Frederik Holst hadde nemlig høyere ambisjoner enn lisensiatgraden. Han fremstilte seg allerede i 1817, året etter sin lisensiatdisputas, for å forsvare en doktoravhandling som den første i Norge. Arbeidet handlet om radesyken og hvordan denne kunne bekjempes i Skandinavia. Pavels var også nå til stede og kunne fortelle om disputasen. Den var meget omfattende og høytidelig, igjen med 13 opponenter. Akten varte til kl 22, hvoretter de tre professorene ved Det medisinske fakultet var vertskap for et selskapeleg samvær.

På 1800-tallet var det sjelden at noen tok den medisinske doktorgraden i Norge. Da fakultetet hadde bestått i 60 år, i 1874, var det fortsatt bare fire leger som hadde disputert (3). Økningen i antall disputaser kom først på slutten av 1900-tallet.

Medisinsk doktorgrad nr. 1000 ble for Oslos vedkommende forsvart i 1987. I 1988 var det 44 doktoravhandlingar ved Universitetet i Oslo. Eksplosjonen i antall skjedde imidlertid etterpå. I året 1999 var det ifølge fakultetssekretariatet hele 118 doktorgrader ved Universitetet i Oslo. Dette året var riktignok noe spesielt, ettersom et nytt reglement forestod, der kravene var litt annerledes. Mange arbeider var derfor blitt forsert for å kunne forsvares i samsvar med de gamle regler.

Doktorgraden har forandret karakter i årenes løp. Omfang, form og vitenskapelig nivå er endret på forskjellige måter. Dette er i og for seg naturlig hvis man vil følge med tiden, men det er likevel en del momenter ved endringene som kan gi grunnlag for refleksjoner.

For det første: Doktorgraden har etter hvert fått preg av å være endepunktet for en forskeropplæringsperiode, avslutningen på et formalisert doktorgradsstudium. I løpet av 1990-årene ble det ved norske medisinske fakulteter innført kurs, til sammen av et halvt års varighet. Det skjedde også en normering av tidsrammene, hvilket igjen fikk konsekvenser for omfanget av arbeidet. En doktorgrad skal nå kunne tas i løpet av en arbeidstid på tre år (4). Dette er annerledes enn før, da arbeider kunne ha betydelig større omfang. Det var ofte vanlig at de var basert på f.eks. klinisk erfaringsinnsamling over mange år. Kandidaten forsket gjerne ved siden av sitt vanlige arbeid, men med slikt annet arbeid som en nødvendig forutsetning og som erfaringsbakgrunn for avhandlingen.

For det andre: De fleste som ønsker å arbeide frem mot en doktorgrad, er for tiden avhengige av å få sine tre års fulle arbeidsinnsats (av og til litt mer ved undervisningsplikter eller liknende) finansiert separat, f.eks. i hovedsak fra Norges forskningsråd – etter søknad og i skarp konkurranse. Dette dreier seg i så fall om et sjusifret kronebeløp for hver kandidat. Det er da i og for seg forståelig at det blir den finansierende instans som har det mest tungtveiende ord når det skal bestemmes hva det skal forskes på, av hvem, og hvor – ikke nødvendigvis kandidaten eller det miljøet vedkommende ønsker å knytte seg til.

For det tredje: Tre år i unge år – det er lang tid. Målet er doktorgrad og frafall fiasko. Da er det nødvendig å kjøre med sikkerhetsmarginer. Dette er også med på å begrense arbeidets omfang. Man tar heller ikke unødige risiko ved overdreven originalitet. Det er f.eks. ofte aktuelt å arbeide med forskningsmateriale man selv ikke har samlet inn eller tilrettelagt, kanskje også med velprøvde problemstillinger og ved hjelp av for lengst fastlagte metoder. Gamle spørsmål til gamle data kan imidlertid også gi gamle svar – ufrivillig medisinhistorie. Når prosessen likevel fører til doktorgrad, gjør dette riktignok ikke så mye for kandidaten, som altså får sin grad. Men det gjør noe med miljøet, hvis den samlede vitenskapelige aktiviteten, profilen utad, består av for mange slike prosjekter.

For det fjerde: Det har også skjedd en normering av doktorgradsarbeidene i tråd med at mer og mer av den vitenskapelige publiseringen innenfor medisinen skjer i form av artikler i internasjonale tidsskrifter, gjerne med flere medarbeidere som forfattere. I slutten av 1960-årene eksisterte ennå den gamle tradisjon: Avhandlingene kom ut som monografier, som en bok der innholdet stod og eventuelt falt med forfatteren. Men så skjøt utviklingen fart. De fleste medisinske doktorgrader består som kjent nå av sammenbundne særtrykk av et mindre antall tidsskriftartikler. I tillegg til veiledernes korrektiv har det nå også skjedd en kvalitetssikring av innholdet gjennom redaksjonenes refereertjeneste. De tematisk sammenhengende artiklene er i avhandlingsheftet supplert med en selvstendig overgripende og samlende tekst, som nok kan vise hva kandidaten står for faglig, men denne teksten finnes bare i heftet. Selv om doktoranden har et definerbart (del)ansvar for tidsskriftartiklene, er preget overfor utenverdenen helt annerledes enn tidligere. Kandidatens egen faglige profil blir mer uklar. På den annen side dokumenteres forskningsstandard og evne til faglig samarbeid på en langt mer forutsigbar og kontrollerbar måte enn ved de ensomme ulvers monografier.

For det femte: Å ha tatt en doktorgrad er blitt en forutsetning for å bli fast tilsatt i en vitenskapelig stilling innenfor medisinen, idet slike ansettelse av personer uten doktorgrad bare skjer rent unntaksvis og hvor spesielle forhold foreligger. På den annen

side meritterer ikke en doktorgrad uten videre noe særlig i svært mange andre medisinske sammenhenger. Doktorgraden har med andre ord fått en klar karakter av å være inngangsbillett til en bestemt sektor innen medisinsk arbeidsliv. At det å ta doktorgraden således er eksklusiv kvalifisering for et felt der det for tiden, f.eks. ved universitetene, ofte er få tilgjengelige stillinger, må sees som en av årsakene til den dårlige forskningsrekrutteringen i flere medisinske fag. I sin tur kan utviklingen føre til mangel på kvalifiserte kandidater til de stillingene som tross alt finnes.

Det er selvsagt en del gode grunner som har talt for at man har latt doktorgraden forandre seg. En av disse er at man ønsker å gjøre det norske gradssystemet mer kompatibelt med utenlandske grader, et moment som vi ikke skal drøfte nærmere her. Men alt i alt må vi kunne konstatere at mens Frederik Holst forsvarte sin lisensiatgrad analogt med å ta en svenneprøve, og senere tok doktorgraden analogt med de gamle håndverkeres mesterprøve, er det nå doktorgraden som er blitt den vitenskapelige svenneprøve.

Men hvor er da mesterprøven blitt av?

Forandringene av doktorgraden har skjedd langsomt og de har skjedd på grunnlag av saksforberedelse ved universitetene. Men mange som kjenner norsk universitetsdemokrati vet at det ved universitetene foreligger en helt spesiell blanding av kortsiktighet og treghet i systemet som gjør at forandringer med stor rekkevidde kan skje relativt umerkelig uten at langsiktige effekter blir skikkelig gjennomdrøftet – enn si oppdaget før de er et faktum. Folk kommer, folk går, vedtak består.

La oss derfor se på noen konsekvenser endringene i de medisinske akademiske gradene kan få for legene, sett som yrkesgruppe:

Det at gruppens medlemmer selv utvikler og forvalter sitt kunnskapsgrunnlag, er vanligvis ansett som et profesjonskriterium, en norm (5). At noen da kan strekke seg mot en doktorgrad basert på egen innovasjonsevne, egne erfaringer og eget forskningsarbeid, både stimulerer og vedlikeholder denne normen. Doktorgraden tjener som en garanti for kvaliteten i senere arbeid basert på faglig nysgjerrighet – for dem som får anledning til å forfølge slike interesser i sin medisinske hverdag. Det nye doktorgradsstudiet kan nok føre til god forskning, til mange gode svennestykker. Men når det er så få stillinger der kompetansen til de nye doctores kan utnyttes videre, er det ikke sikkert at nettogevinsten for profesjonens samlede faglige utvikling øker. Mye forskning konsentreres om opplæringsårene og de personer som tas opp til slik opplæring. Forskingen kan derfor også bli emnemessig skjev, hvis man ser på medisinen som helhet. Kanskje favoriseres også slike emner som har interesse i internasjonale tidsskrifter, mens det blir vanskeligere for dem som måtte interessere seg for mer spesifikt nasjonale temaer. Fag kan fremmes, fag forsømmes.

De endringene av doktorgraden som har funnet sted i 1990-årene, har selvsagt ikke skjedd uten diskusjon. I fakultetsråd og fakultetsstyrer har det ofte vært unge i rekrutteringsposisjon som har ivret for mindre omfang og mer skolemessig veiledning, mens etablertes vegring har vært sett på som reaksjonært forsvar for den forgangne tid.

Det er imidlertid også enkelte rent praktiske, utenforliggende faremomenter ved argumentasjonen: Det medisinske studium har som kjent ikke noe hovedfag som f.eks. et humanistisk studium eller et realfagsstudium. Dersom den medisinske doktorgrad i kurskrav, arbeidsmengde, dybde og omfang nærmer seg de andre fakultetenes hovedoppgaver, kan myndighetene lett komme i tanker om hvorfor

doktorgradsstudentene skal ha forskningsstipend og lønn under opplæringen og ikke arbeide på vanlige studentvilkår – som hovedfagsstudentene. Igangsettingen av forskerlinjer ved fakultetene, slik at en del av studentene på formalisert vis kan begynne på doktorgradsarbeidet i studietiden, før cand.med.-eksamen (6), vil kunne påskynde slike ideer.

Doktorgraden er blitt endret. Men er doktorgraden også blitt devaluert? Tja. Svaret på det får vi egentlig først den dagen en person som har medisinsk doktorgrad føler behov for å få et nytt arbeid bedømt for en høyere grad og setter frem krav om dette.

Mye har skjedd med medisinsk forskning siden Frederik Holst forsvarte sitt lisensiatarbeid, som den første som tok en vitenskapelig grad i Norge i 1816. Gad vite hvor hen vi vil ha glidd i 2016?

ØivindLarsen

LITTERATUR

1. Mellbye F. Hva er samfunnsmedisin? Frederik Holst (1791 – 1871) vår pioner i faget. Tidsskr Nor Lægeforen 1993; 113: 3762 – 6.
2. Nordhagen R. Akademiske grader og skiftende sans for seremonier. Tidsskr Nor Lægeforen 1995; 115: 3753 – 6.
3. Larsen Ø. Mangfoldig medisin. 2. utg. Oslo: Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, 1990.
4. Doktorgradsutdanningen ved Det medisinske fakultet. Rapport fra evalueringsutvalget. September 1999. Oslo: Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, 1999.
5. Larsen Ø, red. The shaping of a profession. Canton, MA: Science History Publications/USA, 1996.
6. Forskerlinje for medisinstudenter. Beskrivelse og studieplan, januar 2001. Oslo: Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, 2001.

Publisert: 20. april 2001. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 9. juli 2026.