

Samfunnsmedisinsk samling i Levanger

Michael 2019; 16: 321–33.

27.–28. mai 2019 møttes 14 representanter for de samfunnsmedisinske universitetsmiljøene i Bergen, Oslo, Stavanger, Tromsø og Trondheim for å drøfte, styrke og videreutvikle felles innsats innen undervisning, eksamensordninger m.v. for de samfunnsmedisinske fagene, Ikke minst i lys av tiltakende nasjonal styring av utformingen av helsefag i sin alminnelighet, er slikt samarbeid mellom aktørene viktig. Møtet fant sted ved HUNT-forskningscenter i Levanger (navnet er et akronym for Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag), et senter som driver helseundersøkelsevirkosomhet, samfunnsmedisinsk forskning, drifter en stor biobank for biologiske prøver og dessuten har utadventt helseopplysningsvirkosomhet og intervensjonstiltak for fysisk og psykisk sykdom på programmet.

Omkring 2014 ble det nokså klart at undervisningsforholdene i de samfunnsmedisinske temaområdene ved de medisinske fakultetene i Norge var blitt uryddige. Blant annet hadde man fått en ny studieplan i Oslo, det største fakultetet, der fagområdet samfunnsmedisin var blitt redusert og splittet opp mer enn før. Det var også blitt mer diffust i kantene fordi nye, interaktive undervisningsformer kom inn og gjorde helhetssynet vanskeligere. Læreboka de fleste hadde brukt (1) var fra 2008 og begynte å trenge fornyelse. Man måtte finne ut av om det burde lages en ny bok, eller om tiden kanskje hadde passert læreboka som kunnskapsformidler i vår stadig mer digitale tid.

Dessuten var det klart at det forelå et behov for samkjøring, blant annet slik at de legestudentene som var utdannet i Norge og de som kom fra utlandet fikk en noenlunde ensartet samfunnsmedisinsk fagkrets å forholde seg til.

Initiativet til å arrangere et nasjonalt møte for å drøfte disse spørsmålene, kom fra miljøet ved NTNU, spesielt fra professoren og psykiateren Steinar Krokstad, og møtet fant sted i Trondheim i slutten av mai 2015 (2).



Figur 1: Deltakere på samfunnsmedisinmøtet i Levanger 27.–28. mai 2019. Fra venstre i bakerste rekke Ole Jacob Møllerløkken (UiB), Kjell Haug (UiB), Nils Fleten (UiT), Steinar Krokstad (NTNU), Magne Nylenna (UiO), Geir Sverre Braut (HVL/SUS), Ingvild Fossgard Sandøy (UiB). Fra venstre i fremre rekke Øivind Larsen (UiO), Karen Walseth Hara (NTNU), Gunnhild Åberge Vie (NTNU), Anne Olaug Olsen (UiO), Signe Opdahl (NTNU), Ellen B. Pedersen (UiT) og Betty Pettersen (NTNU). (Foto: Inger Duvsete Holbø)



Figur 2: Professor Steinar Krokstad åpnet Levangermøtet i 2019 med å se på bakgrunnen. (Foto: Øivind Larsen)

Produktiv møteserie

Da de ca. 20 deltakerne i Trondheim dro hver til sitt etter det korte dagsmøtet i 2015, var det klart for dem at å styrke og å samkjøre samfunnsmedisin som undervisningsfag, var noe langt mer enn bare å drøfte om man skulle ha en ny lærebok. Samfunnsmedisinen trengte å synliggjøres og å presenteres slik at alle var enige om hva vi snakket om og hvilken plass faget burde ha i medisinstudiet. Det var enighet om at vi måtte ha flere møter.

I Levanger i 2019 holdt HUNT-lederen Steinar Krokstad en innledning og minnet om møteseriens framdrift fra den første begynnelsen i Trondheim i 2015. Samling nummer to fant sted på Kongsvoll i 2016 (3). Her ble møtedeltakerne riktignok noe distraheret av en moskusokse (4), men ikke mer enn at man kom fram til at det trengtes felles læringsmål, felles kjernepensum og nasjonale prøver i samfunnsmedisin. Å konkretisere dette nærmere ble ansett som målet for neste møte, som skulle holdes på Solstrand ved Bergen i 2017 (5).

Ved Solstrandmøtet i 2017 ble felles læringsmål livlig diskutert blant de ca 20 deltakerne. Læreboksaken var også blitt mer håndfast ved at Magne Nylenna hadde tilbudt seg å føre en bok i pennen med en interfakultær referansegruppe som støtte.

Året etter, i mai 2018, var det 23 samfunnsmedisinske universitetslærere som holdt konferanse på Sem Gjestegård i Asker (6). Til dette møtet forelå det et meget detaljert forslag til læringsutbytter, utarbeidet av Anne Kveim Lie (UiO) og Ingvild Fossgard Sandøy (UiB). Dette forslaget ble inngående drøftet og finpusset, og også revidert pr. mail etter møtet (7,8). Da møtet var slutt, var man både enige om at møtet hadde svart til forventningene, og om at man hadde kommet fram til to mål: For det første at de fire fakultetene som var representert ønsket å harmonisere undervisningen i samfunnsmedisinske fag, og for det andre at man støttet utarbeidelse av lærestoff i henhold til dette.

Så var det blitt mai 2019. Nå var disse to punktene blitt implementert. Harmoniseringen hadde allerede pågått en tid, blant annet i forbindelse med en forsøksordning med nasjonale prøver i samfunnsmedisin. En ny lærebok var nå under produksjon. Forfatteren Magne Nylenna kunne forsikre at den ville være i bokhandelen til oppstarten av høstsemesteret i august 2019. Slik ble det også, mer om dette nedenfor.

Hvordan kommer så erfaringene til å bli, både med harmonisering og bruk av lærebok? Det får vi vite i 2020, da det blir nytt møte, arrangert av miljøet i Tromsø.

Gunnhild Åberge Vie har i en artikkel i *Michael* pekt på at man ved NTNU er i ferd med å innføre *profesjonalitet, vitenskapelighet og forebygging* som langsgående tråder gjennom profesjonsstudiet i medisin (9). Vil inn-satsen ved den samfunnsmedisinske møteserien og erkjennelsen om nødvendigheten av fellesskap bidra til at det blir slik i samfunnsmedisinen også ved de andre fakultetene?

Felles eksamen

Logisk sett skulle man drøfte målet med studiet, dvs. det som nå omtales som læringsutbytter, først. Eksamen er neste punkt, hvordan man skal sjekke at læringsutbyttene er på plass.

Men studenter er ikke helt som andre. I ethvert fall følger noen av dem en annen logikk. For dem er eksamen viktigst, fordi eksamensspørsmålene etter deres mening viser hva som er det essensielle, og på hvilket nivå kunnskapene forventes å ligge. Akkurat så vidt beståtte eksamensspørsmål indikerer for dem det minimum av kunnskaper som skal til for at medisinstudiet skal gi et papir i hånden, slik at man tillates å helbrede syke og tjene penger på det. Derfor er det god grunn for undervisningsmiljøene til å legge stor vekt på utforming av eksamen.

Såkalt OSKE-eksamen (Objektiv Strukturert Klinisk Eksaminasjon) er brukt flere steder som en avsluttende lege-eksamen, der studentene i løpet

av eksamensdagen roterer fra stasjon til stasjon og får nye oppgaver. Samfunnsmedisin kan også være med her. Ingvild Fossgard Sandøy redegjorde for dette. OSKE-eksamen er objektiv i den forstand at alle studentene får samme eksamen på samme dag. Forskjeller i resultat reflekterer studentenes kunnskapsnivå – ikke flaks eller uflaks. Eksaminator er observatør og tilrettelegger. Standardsettingen er basert på hele kulletts prestasjon og analyseres i etterkant av eksamen. OSKE er strukturert fordi stasjonsinnholdet er klargjort på forhånd, slik at innhold og skåringselementer er relatert til læringsmålene. Spesifikke typer kunnskap testes da på hver stasjon.

Også interaksjonen mellom student og eksaminator er strukturert. Denne eksamensformen reflekterer det virkelige jobblivet som lege, der kunnskaper og ferdigheter må ligge klart til rask bruk ved skiftende problemstillinger. Men som eksamensform er OSKE meget kostbar og personellkrevende.

Diskusjoner om eksamen høres ofte, enten angående eksamensformer som OSKE, flervalgsoppgaver (multiple choice-testing) eller karaktergivning med tall eller bokstaver versus stått/ikke-bestått. I Levanger kom denne diskusjonen inn med programposten om den pågående prosessen for å etablere et alminnelig, nasjonalt eksamenssamarbeid mellom fakultetene.

Ingvild Fossgard Sandøy og Betty Pettersen fortalte om den felles nasjonale multiple choice-prøven i medisinstudiet som var avholdt 29. mars 2019. Oppgavene var der utviklet i løpet av november og desember 2018 og deretter peer-reviewed og justert. Det var i alt 180 multiple choice-spørsmål som skulle besvares i løpet av fem timer. 369 studenter, fordelt på seks ulike steder deltok. Samfunnsmedisin var med i oppgavesettet, men de koordinerende utvalgene hadde bare funnet plass til to samfunnsmedisinske spørsmål.

Tilhørerne undret seg på flere plan ved å høre dette. Samfunnsmedisinsk innsats sies i festtaler og politikk å være noe av det aller viktigste for å oppnå en alminnelig, god folkehelse. Ved å gi fagområdet to eksamensspørsmål av 180 sender fakultetene ut en melding om at samfunnsmedisin bare teller 1,2 prosent av de kunnskapene et legestudium skal kreve. Universitetsdemokrati er fint, men hver gang slike saker kommer opp, forbauses man over at høykvalifiserte universitetslærere, omhyggelig utvalgt på faglige kriterier og ansatt for å gjøre en forsknings- og undervisningsjobb, simpelthen finner seg i å bli desavuert på denne måten. Det er nærliggende å mene at fakultetenes samfunnsoppdrag ligger i å stimulere faglig nysgjerrighet og å formidle best tilgjengelig kunnskap, ikke å beskytte studentene mot slik kunnskap.

Tankerekken videre kan være skremmende: Enn så lenge har fakultetene stillinger og driftsmidler til de mindre fag. Men for samfunnsmedisinens

vedkommende: På veien mot en stadig mer strukturert *medical school*, hvor mye ressurser behøver man egentlig satse på et fag som bare teller 1,2% til eksamen?

Felles læringsutbytter

Programposten om felles læringsutbytter i samfunnsmedisin var ved Ingvild Fossgard Sandøy og Gunnhild Åberge Vie. Diskusjonen var denne gangen annerledes enn ved tidligere møter, fordi man nå allerede hadde en liste over felles læringsutbytter fra 2018 (8). Spørsmålet ble mer om man nå kunne forvente at alle leger uteksaminert fra norske universiteter hadde fått med seg disse læringsutbyttene. Dette gjenstår å se, og vi må følge årvåkent med.

Læringsutbytte og undervisningsform henger tett sammen. Det er et nærmest udiskuterbart aksiom ved universitetene at man skal tilstrebe en overgang fra forelesninger til studentaktiv læring. Dette har også innflytelse på hvilke emner som kan tas opp for å passe til undervisningsformen.

Ved flere av universitetene inngår oppgaveskriving, basert enten på selvvalgte emner fra f. eks. utplassering i helsetjenesten under studiet, eller på tildelte oppgaver fra lærerne. Oppgaveskriving kan føles morsomt og spennende av engasjerte studenter, men bli ørkesløse øvelser for dem som følger den minste motstands vei gjennom studiet. Tilsvarende er presentasjon av oppgaver for interesserte medstudenter også lærerikt for alle parter, men noe de uinteresserte ikke gidder være med på, og da får de ikke med seg denne lærings situasjonen.

Rent praktisk må man huske på at studentaktiv læring kan være meget ressurskrevende for de lærerne som skal gå gjennom og kommentere et stort antall oppgaver. I det minste må det sørges for at dette gir tidsmessig uttelling i lærernes undervisningsregnskap.

I Levanger ble det så vidt nevnt en gammel og velprøvd, ressursbesparende teknikk, nemlig å la studentene vurdere hverandres oppgaver. Pedagogisk er dette kanskje slett ikke så dårlig, men en kombinasjon med lærerbedømmelse kunne være en kvalitetssikrende middelvei.

RETHOS: Styring fra oven

Det er vel og bra at universitetslærere sitter i sin akademiske frihet og drøfter studieopplegg og samarbeid, men de bør ta inn over seg at det sannsynligvis ikke er lenge før man også for legestudiet underlegges en overordnet styring etter samme prinsipp som læreplanen for skolen. RETHOS er en forkortelse for *Nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene*. Det er et prosjekt under Kunnskapsdepartementet som er sprunget ut av Stor-

tingsmelding nr. 13 (2011–2012) *Utdanning for velferd* (10), fordi denne viste at helse- og velferdstjenestene ikke har god nok innflytelse på det faglige innholdet i utdanningene, og at utdanningene er for statiske, slik at det er behov for bedre styring og bedre mekanismer på nasjonalt nivå for å sikre at forventningene oppfylles.

I Levanger var det Karen Wølseth Hara som redegjorde for hvor langt dette arbeidet er kommet. Det tilstrebes retningslinjer på et overordnet nivå. De skal definere en nasjonal minstestandard for sluttkompetanse, men samtidig gi handlingsrom til fagutvikling, nyskaping og institusjonell tilpasning ved den enkelte institusjon. Man tenker seg tre nivåer. Universitets- og høyskoleloven hjemler faglig styring av utdanningene gjennom rammeplaner. Så kan det gis felles forskrift for rammeplan for grunnutdanningene. Nederste nivå er retningslinjer, dvs. forskrifter for hver utdanning.

For legestudiet skal kompetanseområdene reflektere det man har identifisert som legens syv roller: 1) medisinsk ekspertise, 2) kommunikasjon, 3) ledelse og systemforståelse, 4) samarbeid, 5) folkehelse og samfunnsmedisin, 6) forskning, formidling og akademisk tilnærming og 7) profesjonalitet.

Haras innlegg på møtet måtte sees i sammenheng med en etterfølgende presentasjon ved Ole Jacob Møllerløyken fra Universitetet i Bergen. Hans tema var egentlig arbeidsmedisinens plass og rolle, men han hadde også sett på samfunnsmedisinundervisningen for medisinstudenter i sin helhet ved fakultetene. Tallene for undervisningsomfang ga grunn til ettertanke. Det var store forskjeller mellom fakultetene. F. eks. for arbeidsmedisinens vedkommende lå Bergen best an og Oslo dårligst. Det kan være at RETHOS-retningslinjene kan komme de små fagene til hjelp ved å overstyre lokale studieplankomiteer. Den som lever får se.

Betty Pettersen holdt et innlegg fra Norsk samfunnsmedisinsk forening (NORSAM). NORSAM arrangerer ti kurs for spesialistutdanningen årlig. Spesialitetskomiteen for samfunnsmedisin i Legeforeningen (Dnlf) fungerer som sakkyndig for Helsedirektoratet vedrørende godkjenninger av spesialister, utdanner veiledere i samfunnsmedisin og organiserer veiledningen nasjonalt. Spesialistutdanningen er styrt av vedtatte læringsutbytter.

Læreboksituasjonen

Spørsmålet om lærebok i samfunnsmedisin hadde vært gjennomgangstema i hele møteserien, men i Levanger ble dette bare en presentasjon ved forfatteren av den nye boka, Magne Nylenna (11). Målet var nådd.

Imidlertid var det også en programpost ved Steinar Krokstad, som tok opp spørsmålet om en ny lærebok i sosialmedisin. I tilslutning til dette

mente Karen Walseth Hara at man også nå trengte en ny veileder i trygdemedisin, et felt der det skjer mange endringer ganske raskt, og hvor den kan holde hardt å følge med. Papir er åpenbart et formidlingsmedium på vikende front i trygdemedisinen. En liten, primitiv trykksak som studentene måtte lese i tillegg til sosialmedisinboka i 1950-årene, var etter hvert est ut til å bli professor Rolf Hanoas *Veileder i sosialmedisin og helseadministrasjon*, som i sin 15. og siste utgave fra 1998 var på hele 1041 sider (12). For å kunne holde seg oppdatert på et nødvendig detaljnivå trenger man nå åpenbart nettressurser.

Krokstad la fram planene for en ny lærebok i sosialmedisin. Sosialmedisinen som fag har imidlertid i likhet med samfunnsmedisinen identitetsproblemer. Mye av sosialmedisinen er klinisk rettet, mens andre sider av faget, de som drøfter sosiale årsaker til sykdom og skade, har mye til felles med samfunnsmedisinen. Det er faktisk et spørsmål om hvor gunstig det er hvis de to fagene konkurrerer på lærebokmarkedet overfor studenter som ikke ennå ser forskjellene i tilnærming.

Hara lanserte i denne forbindelse en ide som møtedeltakerne lot til å finne fornuftig – hva med å kombinere behovet for en egnet bok i trygdemedisin med sosialmedisinbokprosjektet? Så ville det bli klarere at samfunnsmedisinen vender seg mot folkehelse, samfunn og miljø, mens sosialmedisin og trygdemedisin mer vender seg mot svake grupper og enkeltmenneskers problemer. En slik felles lærebok i sosial- og trygdemedisin er det grunn til å ha stor tro på, særlig hvis den tar høyde for at sosialmedisinen også er gruppe- og samfunnsrettet, som deler av trygdemedisinen også er.

Også ved dette møtet framkom bekymringene for at lærebøker var blitt så dyre og en stor belastning for studentene. Det spørres hvilke sider ved studiet man da prioriterer. Larsen minnet de bekymrede om at en lærebok til 350–400 kroner ikke utgjorde en større økonomisk belastning enn fire-fem øl.

Samfunnsmedisin utenom medisinen

Samfunnsmedisin dreier seg ikke bare om medisin, men i like stor grad om forhold utenfor medisinen, dvs. i samfunnet omkring. Larsen hadde et innlegg om dette og reflekterte omkring begrepet *kontekstkompetanse*. I enhver yrkesutdanning tilegner man seg en fagkompetanse, en kjernekompetanse til bruk i yrkesutøvelsen. Men i tillegg trengs kunnskaper om det samfunnet fagkompetansen relaterer seg til.

Larsens påstand, basert på lang undervisningserfaring, var at kontekstkompetansen gradvis svekkes. Tidligere var det oftere å treffe på en bred, faglig nysgjerrighet hos studenter og kolleger. Dette er mer blitt erstattet

med en holdning av *what's in it for me?* Hva av dette stoffet tror jeg – akkurat nå – er mest relevant for meg? Er det blitt en dyd å velge bort alt som ikke gjør meg til det jeg tror – akkurat nå – gjør meg til en god lege? Og hva med gruppeperspektivet – *what's in it for us?*

Larsen behandlet medisinerne behov for kontekstkompetanse om samfunnet omkring, men tok især opp det omvendte forhold, legenes samarbeidspartners behov for kontekstkompetanse om medisin, og om viktigheten av at fakultetene så dette som sin oppgave å utvikle og formidle. Den ene fagpersons kjernekompetanse er den andre fagpersons kontekstkompetanse og vice versa.

Larsen refererte blant annet til gode erfaringer med å undervise om sammenhengen mellom stedsplanlegging, trivsel og helse for arkitekter, utbyggere og folk fra kommuners etater for plan og bygg, og han viste til læreboka om dette (13). Det er gradvis oppstått en ny situasjon ved at subjektiv helse, herunder trivsel, er kommet opp som viktige premisser og forståelsesrammer for hverdagen – «den nye folkehelsa». Da passer ikke alltid de gamle og etablerte sammenhengene mellom omgivelser og helse lenger. Planleggingsprosesser er mange steder, især på mindre steder, glidd over fra å være offentlige anliggender til at private utbyggere selv utarbeider planer som planmyndighetene får til godkjenning. Helse skal nå være med i alle avgjørelser, men dette sikres neppe tilfredsstillende gjennom slik prosjektplanlegging. Helhetsvurderinger og samfunnshensyn kommer i skvis.

Geir Sverre Braut fulgte opp dette temaet med et innlegg som hadde den provokative tittelen «Burde ikkje folkehelseloven vera et kapittel i den (mykje «tyngre») plan- og bygningsloven?». Han viste til hvordan plan- og bygningslovgivningen gir premisser for hvordan menneskeliv skal utfolde seg også når det gjelder trivsel og helse. Denne lovgivningen balanserer kortsiktige egeninteresser mot langsiktige allmenninteresser. Plan- og bygningsloven er kanskje vår viktigste helselov, mente Braut. Å legge folkehelseloven inn under den, er nok ikke så lett å få til, men fra et samfunnsmedisinsk perspektiv er tanken høyst relevant.

Pilgrimsferd til HUNT

Da det samfunnsmedisinske undervisningsmøtet var lagt til Asker i 2018, fikk deltakerne innblikk i en kommune der samfunnsmedisin og folkehelse står høyt på agendaen. Likeledes så man professor Gunnar Tellnes' NaKuHel-prinsipper i praksis, den brede tilnærmingen til å bruke natur, kultur og helse i en integrert sosialmedisinsk innsats for å fremme trivsel og funksjon hos folk som trenger det (14).



Figur 3: Biobanken ved HUNT er høyteknologisk. Her oppbevares prøver ved minus 80 grader Celcius. Et datastyrt gjenfinningsystem kan plukke fram prøver til fornyet analyse på kort tid. På bildet sees en av ståltankene med flytende nitrogen til innfrysing. Professorene Nylenna og Krokstad kikker ned i – men ikke for lenge. (Foto: Øivind Larsen)

Besøket i Levanger i 2019 var en tilsvarende pilegrimsreise. HUNT, dvs. helseundersøkelsene i Nord-Trøndelag og miljøet rundt dem i Levanger, er blitt et samfunnsmedisinsk knutepunkt. En reise dit gir ettertanke. Forebyggende medisin er ofte omgitt av snakk og ulne formuleringer om dagligdagse ting. Ved HUNT i Levanger er alt dette konkret. Det store bygget har en kontor- og undervisningsfløy, men i tillegg er det en avansert biobank med laboratorier og kapasitet til å lagre og finne fram igjen millioner av biologiske prøver til bruk i vitenskapelige studier av folkehelsas utvikling (15). Garvede klinikere med spisskompetanse om sine enkeltpasienters helse og sykdommer bør bite seg i leppen ved spørsmålet om hvem som gjør mest for folkehelsen, når de her ser hvordan nyttige epidemiologiske data dokumenterer årsakene til de samme enkeltpasientenes plager og gir muligheter for målrettede tiltak.

Steinar Kokstad, selv med doktorgrad på sosial ulikhet og helse (16), åpnet Levangermøtet med å fortelle om senterets pågående aktiviteter og de nyeste funn og resultater. Visste vi f. eks. at ifølge studien «Ung-HUNT4» røyker nå bare 0,4% av Nord-Trøndelags ungdom? Visste vi hvordan fysisk aktivitet, blodtrykk, overvekt og andre viktige helsefaktorer har utviklet seg



Figur 4: HUNT-senterets store, flotte auditorium har en bakvegg med en noe spesiell dekorasjon. Professor Steinar Krokstad viser fram forsiden av alle doktoravhandlingene som er blitt avlagt, her og andre steder på grunnlag av helsedata fra HUNT. (Foto: Øivind Larsen)

den siste tiden? Vet vi nok om sosiale ulikheter og helse? Sjekk publikasjonene fra HUNT, der det store datamaterialet riktignok er bare for en del av Norge, men inneholder opplysninger som trygt lar seg ekstrapolere!

På slutten av møtet fortalte Krokstad om HUNTs utadvendte folkehelsearbeid. Senteret er meget aktivt i lokalmiljøet, blant annet gjennom å spre opplysningsmateriell, arrangere kampanjer og annet. Helsestatistikken danner en håndfast bakgrunn for dette. Kontaktnettverket utad er også massivt, f. eks. gjennom den såkalte *Folkehelsealliansen Trøndelag* som samler en lang rekke organisasjoner og sammenslutninger om et utvidet helsebegrep.

Ideen til «ABC» som folkehelsestrategi for bedre mental helse kommer fra Australia. ABC betyr i denne forbindelse «Act, Belong, Commit». Kjerneverdiene er å utvikle arenaer og teknikker for å få folk til å samhandle, føle tilhørighet og å engasjere seg. Det er nok ikke tilfeldig at det er psykiateren Steinar Krokstad som har innført dette prinsippet ved HUNT og bruker det i praktisk arbeid.

Neste års konferanse blir altså i Tromsø 25.–26. mai 2020 – nok et mekka i norsk folkehelsearbeid. Møtedeltakerne i Levanger noterte tidspunktet ivrig i bøkene sine.



Figur 5: Steinar Krokstad viser fram en oversikt over aktører i Folkehelsealliansen Trøndelag. (Foto: Øivind Larsen)

Litteratur

1. Larsen Ø, Alvik A, Hagestad K, Nylenna M (red.) *Samfunnsmedisin*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2008.
2. Larsen Ø. Ny giv for samfunnsmedisinsk undervisning? *Michael* 2015; 12: 306-10.
3. Westin S. Trenger vi lærebøker i ssmfunnsmedisin? *Michael* 2016; 13: 230-7.
4. Larsen Ø. Moskus som møteplager. *Michael* 2016; 13: 238-9.
5. Larsen Ø. Mot en felles samfunnsmedisin. *Michael* 2017; 14: 242-3.
6. Larsen Ø. Møte om samfunnsmedisinsk undervisning i Norge – Sem, Asker, 28.–29. mai 2018. *Michael* 2018; 15: 335-46.
7. Lie AHK, Sandøy IF. Felles læringsugbyttebeskrivelser for samfunnsmedisinsk undervisning for medisinstudenter *Michael* 2018; 15: 323-7.
8. Lie AHK, Sandøy IF. Nasjonale læringsugbyttebeskrivelser i samfunnsmedisin. *Michael* 2018; 15: 328-34.
9. Vie GÅ. Studentundervisning i samfunnsmedisin ved NTNU. *Michael* 2018; 15: 15-22.
10. Meld. St. 13 (2011–2012): *Utdanning for velferd*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-13-20112012/id672836/>
11. Nylenna M. *Samfunnsmedisin på norsk*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2019.
12. Hanoa R. *Veileder i sosialmedisin og helseadministrasjon*. 15. utgave. Oslo: Universitetsforlaget, 1998.

13. Larsen Ø, Ridderström G, Nylenna M. *Planlegging for helse og trivsel*. Bergen: Fagbokforlaget, 2018.
14. Tellnes G. (red.) *Helsefremmende samhandling – Natur og kultur som folkehelse*. Bergen: Fagbokforlaget, 2017.
15. Holmen J, Midthjell K, Holbø ID, Enes A, Holmen TL. *Båten som ble til mens vi rodde – 30 år med Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT) og HUNT forskningscenter*. Levanger: HUNT forskningscenter, Institutt for samfunnsmedisin, Det medisinske fakultet NTNU, 2014.
16. Krokstad S. *Socioeconomic inequality in health and disability. Social epidemiology in the Nord-Trøndelag Health Study (HUNT)*, Norway. Verdal: NTNU HUNT Research Centre, 2004.

Øivind Larsen
Institutt for helse og samfunn
Universitetet i Oslo
oivind.larsen@medisin.uio.no