

Mangfold og engasjement i ti år

Michael 2021; 18: Supplement 28: 13–48.

Helt fra etableringen har sammenhengen mellom helse og samfunn vært fagområde ved Universitetet i Oslo. I løpet av denne lange tiden har det vært mange omorganiseringer av undervisning og forskning innen dette feltet. Den foreløpig siste skjedde i 2009. Det medisinske fakultets struktur ble da kraftig forenklet med virkning fra 2010. Det nye Institutt for helse og samfunn samlet alle relevante aktiviteter, og ble det ene av nå bare tre institutter ved fakultetet. De første ti årene har gitt mange erfaringer. Noen av dem presenteres her. Virksomheten har vært mangfoldig og omfattende. Dette gjelder ikke minst forskningen, som er spredt over et bredt område. Undervisning er en kjerneaktivitet rettet først og fremst mot legestudenter, masterstudenter og forskere under opplæring. Utadrettet virksomhet har skjedd gjennom deltakelse i komiteer, styrer og råd, foruten uformell helseopplysning. De enkelte avdelingene i instituttet har sine egne miljøer som gjennomgår en stadig utvikling, blant annet gjennom den nyere satsingen på globale problemstillinger.

Ved Universitetet i Oslo drives undervisning, forskning og formidling. Ved Det medisinske fakultet kan aktiviteten grupperes som tre hovedområder; medisinske basalfag, kliniske fag og fag som handler om helse og samfunn. Alle disse områdene har sin rot tilbake til fakultetets begynnelse i 1814. Men det faglige innholdet innen alle områdene har endret seg, og speiler både den medisinske utviklingen og befolkningens ønsker og samfunnets utvikling og behov.

Gjennom alle år har det vært arbeidet for å få til en organisasjonsstruktur som gjenspeiler virksomheten på en hensiktsmessig måte. Tradisjonelt hadde hvert fag sitt eget institutt og *professoren* var den selvsagte sjef. Til sammen hadde det over tid vokst fram på det meste 106 enheter ved fakultetet. Det sier seg sjøl at dette skapte et fakultet som var vanskelig å lede og

koordinere. Og det hadde etter hvert blitt mange professorer, så hvem var den ypperste? De mange instituttene ble derfor i 1990 slått sammen til langt færre instituttgrupper, hver med en felles leder og eget administrativt apparat.

Med virkning fra 2010 ble dette igjen endret til tre store institutter, hvorav *Institutt for helse og samfunn (Helsam)* var ett. Det er utviklingen av Helsam denne presentasjonen først og fremst handler om. Noen ganger er det imidlertid nødvendig å gå litt bakover i tid for å sette Helsam i perspektiv (1,2). Under arbeidet har jeg snakket med mange, først og fremst avdelingsledere og programledere som har gitt skriftlige og muntlige innspill. Jeg har også fått mye stoff fra arkivet ved Det medisinske Fakultet.

Institutt for helse og samfunn blir til

Universitetsstyret vedtok den 24. november 2009 at Det medisinske fakultet skulle ha tre institutter fra 1. januar påfølgende år.

Omorganisering av Det medisinske fakultet

Universitetsstyret vedtar følgende instituttstruktur for Det medisinske fakultet fra 1. januar 2010:

- *Institutt for helse og samfunn hvor næværende Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin, Institutt for helseledelse og helseøkonomi og Institutt for sykepleievitenskap og helsefag inngår som avdelinger*
- *Institutt for medisinske basalfag (forblir uendret)*
- *Institutt for sykehusmedisin hvor følgende næværende enheter inngår: Fakultetsdivisjon Aker universitetssykehus, Fakultetsdivisjon Akershus universitetssykehus, Fakultetsdivisjon Radiumhospitalet, Fakultetsdivisjon Rikshospitalet, Fakultetsdivisjon Ullevål universitetssykehus og Institutt for psykiatri.*

Universitetsstyret konstaterer at ledelse ved de to nye instituttene er etablert ut 2010, fremtidig styringsordning vurderes innen utgangen av 2010.

Universitetsstyret vil bli holdt orientert om videre prosess og samarbeidsavtale.

Forslaget ble enstemmig vedtatt

Dermed var Helsam en realitet. Til grunn for beslutningen lå først og fremst etableringen av Oslo universitetssykehus 1. desember 2008. Det var en sammenslåing av Radiumhospitalet, Rikshospitalet og Ullevål sykehus. Før dette hadde fakultetet en fakultetsdivisjon ved hvert av sykehusene (to ved Rikshospitalet), en ved Akershus universitetssykehus, og et eget institutt for psykiatri på tvers av sykehusene.. Fakultets ledelse ønsket at de fem fakultetsdivisjonene (i samsvar med den nye sykehusstrukturen) og psykiatri hver skulle bli ett eget institutt, Institutt for klinisk medisin. Basalfagene var allerede samlet. Tre «små» institutter (Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin (IASAM) Institutt for helsefag og sykepleievitenskap og Institutt for helseledelse og helseøkonomi (Heled) og et senter (Senter for medisinsk

etikk (SME) skulle bli til Institutt for helse og samfunn. Dekanus brukte dette navnet som en arbeidstitel. Men navnet ble godt likt, særlig fordi det hadde en så grei forkortning: *Helsam*, og fordi det avspeilet den brede aktiviteten og interessen i instituttet.

Sett fra fakultetsledelsens perspektiv var den nye organiseringen en forbedring fra tidligere organisering da Lederforum (dekanatets ledergruppe, som inkluderer instituttlederne) besto av ti ledere. Møtene bar da ofte preg av informasjonsutveksling. «Lederspennet» ble etter 2010 betydelig mindre, noe som blant annet ga bedre rom for diskusjoner. Ut over dette er det vanskelig å se hva ledelsen ville oppnå av faglig forbedring gjennom nyetableringen. Det står riktignok i sakspapirene til universitetsstyret at det var håp om faglige synergier. Skepsisen til om dette var mulig å oppnå, hvert fall på kort sikt, var stor blant ansatte i Helsam. Årsaken var at enhetene som skulle utgjøre Helsam, lå geografisk spredt og at det ikke fulgte nye ressurser med etableringen. Det var heller ingen felles oppgave som kunne binde nyetableringen sammen.

Det ble satt i gang et prosjekt som skulle lage et opplegg for framtidig organisering av Helsam. De tre daværende instituttlederne, Gerd Holmboe-Ottesen ved Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin, Nina Vøllestad ved Institutt for sykepleievitenskap og helsefag og Grete Botten, Institutt for helseledelse og helseøkonomi var med i prosjektgruppa. Konklusjonen var at tidsrammen (fem uker) var altfor kort til å finne fram til en ny og god måte å organisere fag og administrasjon på. Og ingen av de daværende instituttledere var begeistret for sammenslåingen. Alle tre hadde hatt direkte kontakt med fakultetets ledelse i lederforum, og fryktet at deres stemme ble borte når det kom et «glavalag» over dem.

Prosjektgruppa ga også uttrykk for at Helsam måtte samlokaliseres for å få et velfungerende samlet institutt. Løsningen ble at det første året (en interimperiode) skulle brukes til å komme fram til organisering av den faglige virksomheten og de administrative støttefunksjonene skal være videre framover.

Jeg, professor Grete Botten ved Heled, var nok den som var mest ulykkelig over den nye strukturen, fordi Heled hadde vært eget institutt bare noen få år og opplevd gleden ved det. Men da jeg ble bedt av dekanus om å lede arbeidet med instituttet dette første året, sa jeg likevel ja, ut fra tanken om at samarbeid med dekanatet kunne gi den best mulige løsning.

Det første årets hovedjobb var å etablere en faglig organisasjonsstruktur og en administrativ ordning, inklusivt instruksjer og regelverk. Teoretisk var det mange alternativer, men alle ville kreve mer velvilje og tid enn det som fantes. Muligheten for samlokalisering var i det blå. Etter mange samtaler

ble det bestemt at både Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin og Institutt for sykepleievitenskap og helsefag ble delt i to. De to andre enhetene forble uendret. Det ble gjort noen framstøt for å stimulere til samarbeid på tvers, for eksempel ble det lyst ut stipendiatstillinger med krav om veiledning fra minst to avdelinger. Bortsett fra dette fortsatte virksomheten akkurat som før.

Fra 1. januar 2011 bestod Helsam av fem avdelinger: Allmenntilleggsmedisin, Samfunnsmedisin (senere inkludert navnet global helse), Helsefag (senere endret til Tverrfaglig helsevitenskap), Sykepleievitenskap og Helseledelse og helseøkonomi (Heled). Medisinsk etikk ønsket å beholde betegnelsen Senter for medisinsk etikk (SME).

Helsefag lå først i Gydas vei 8 på Majorstua, hvor forebyggende medisin tidligere hadde holdt til, men flyttet senere til Forskningsveien. Helsam fikk da to hovedlokaliseringer, Frederik Holsts hus ved Ullevål sykehus og Forskningsveien, nedenfor Rikshospitalet. Siden fikk en forskningsgruppe ved Heled plass på det gamle Gaustad sykehus ved Rikshospitalet.

Det ble valgt å områdeorganisere administrasjonen med hovedadministrasjonen lokalisert til Frederik Holsts hus. Knut Tore Stokke ble tilsatt som kontorsjef allerede i 2010 og har vært der siden. Det ble bestemt at det ikke skulle være egen administrasjon ved avdelingene. Mange argumenterte for at særlig studiekonsulentene burde være der studentene hadde sin tilhørighet, og slik ble det. Senere er organiseringen endret fra områdeorganisering til en funksjonsorganisert administrasjon med tre seksjoner: Studieseksjonen, økonomi- og personalseksjonen og forskningsseksjonen. Fremdeles har studiekonsulentene sine kontor der studentene er, men alle seksjonssjefene holder til i hovedadministrasjonen i Frederik Holsts hus. Det har vært en stabil og dyktig administrasjon i hele 10-årsperioden med relativt liten utskiftning. Så lenge instituttet ikke er samlokalisert, har det vist seg vanskelig å finne en god felles organisatorisk løsning for studiekonsulentene. For de andre administrative oppgavene er det enklere, særlig fordi saksbehandlere har «dager» utenfor hovedadministrasjonen. Økt bruk av digitale tjenester har og lettet problemet med avstand.

Helsam ble organisert med et *råd*. Flertallet i rådet anbefalte en modell med *tilsatt leder*. Begrunnelsen var at en valgt leder kunne få lav legitimitet i andre avdelinger enn i sin egen, og kunne komme til å favorisere egen virksomhet. Jeanette Magnus, som kom fra USA, ble *ansatt leder* den første fireårsperioden fra 2011.

Da hennes fireårsperiode gikk ut, ble det på nytt en diskusjon i rådet om man skulle ha valgt eller tilsatt leder. I avveining mellom en som kjenner virksomheten og en som kommer utenfra uten slik kjennskap, gikk

rådet da inn for valgt leder. Nina Vøllestad ble valgt for neste periode og siden 2019 har Terje P. Hagen vært valgt instituttleder. Spørsmålet om valgt eller tilsatt leder er imidlertid vanskelig for et så heterogent institutt som Helsam. Løsningen har vært å ha en nestleder fra et annet miljø enn det lederen kommer fra. Og det er jevnlig møte mellom instituttleder og avdelingslederne.

I 2011 ble det laget en strategisk plan for Helsam for perioden 2012–2020. Planen er overordnet og på et svært generelt nivå (3). Den har neppe vært særlig veiledende for konkret utvikling av Helsam og instituttets avdelinger.

I hele tiårsperioden har den faglige organiseringen vært stabil. I 2016–17 ønsket daværende dekan å halvere antall avdelinger ved Helsam ved å fusjonere de fire avdelingene Allmennmedisin, Sykepleievitenskap, Helsefag og Medisinsk etikk til en Avdeling for kommunehelsetjeneste. Dette møtte sterk motstand fra Avdeling for allmennmedisin som ønsket å være et selvstendig medisinsk fag i en selvstendig avdeling. Forslaget ble forlatt.

Drømmen (og forutsetningen) om en felles lokalisering har etter ti år ikke latt seg realisere. Spørsmålet om samlokalisering er ikke lagt i skuffen. En utredning fra UiOs eiendomsavdeling fra 2020 peker framover mot samlokalisering. Fra 2021 er samlokalisering tatt inn i UiOs masterplan for eiendomsutvikling, men det blir neppe samling i et nytt hus de første 4–5 årene.

Da Helsam ble en realitet, håpet dekanus på at det skulle utvikle seg synergier i forskning. Det har i liten grad skjedd. Mangel på samlokalisering og felles identitet i et «Helsamhus» med felles møteplass kan være en årsak til dette. Men heterogeniteten innad i instituttet er nok vel så viktig. Det tar dessuten tid for folk å bli så godt kjent med hverandre at samarbeid oppstår. Samarbeid må bygges opp over tid. Noe har skjedd, selv om instituttet ikke er fysisk samlet, for de siste årene er det etablert noen flere forskningsprosjekter på tvers av avdelingene.

Aktiviteten i Helsam

Den overordnede og felles tematikken i all aktivitet ved Helsam er helse og sykdom, helse- og omsorgstjenesten samt utviklingen av dette. Kort sagt er forholdene i et samfunn og et lands helsepolitikk helt grunnleggende for befolkningens og befolkningsgruppers helse og risiko for sykdom, for sykdomsutvikling og funksjonshemming og for helse- og omsorgstjenesten. Denne dynamikken mellom samfunnet og befolkningens helse er overordnet for Helsams virksomhet.

Helse, sykdom og helse- og omsorgstjenesten er vide begrep som omfatter et mangfold av empiriske fenomener og teoretiske forankringer og perspektiver. Aktivitetene favner derfor svært bredt og inkluderer for eksempel klinisk virksomhet, forebygging, inklusivt screening, helseopplysning, etikk, historisk og kulturell forståelse av sykdom og helse, helseøkonomi og helsepolitikk. Studier av sosioøkonomiske, kulturelle og historiske ulikheter i forekomst av helseproblemer og i adgang til tjenestetilbudet går igjen i flere prosjekter.

Heterogeniteten i virksomheten speiler hvordan og hvorfor fag og enheter opprinnelig kom til og hvordan de senere har utviklet seg. Noen ganger blir fagmiljøer utviklet som et svar på behov i samfunnet. Det gjelder særlig når nye undervisningstilbud har vært opptakten til dagens miljøer. Noen ganger har utviklingen kommet ut fra ansattes spesielle interesser og legning eller ut fra ny teknologi. Forskningen vil også gjenspeile helsemyndighetenes ønsker og behov som igjen gir finansieringsmuligheter, enten direkte eller via programmer og satsinger i Norges forskningsråd.

Som ved et hvert universitet er forskning hovedaktiviteten ved Helsam. Ut fra den springer de to andre oppgavene: undervisning og formidling.

Forskningen

Et mål for forskning er å forstå mer av sammenhenger og mekanismer som grunnlag for utvikling av virksomhet med befolkningens helse som formål.

Forskningen ved Helsam spenner vidt, både empirisk og teoretisk. Den kan beskrives langs mange dimensjoner, for eksempel ut fra bruk av kvantitative og kvalitative metoder. Den kan og klassifiseres ut fra sitt teoretiske ståsted, hvor medisin og mange ulike samfunnsvitenskapelige og humanistiske fag er rikelig representert. Mye forskning ligger opp til kliniske beslutninger, særlig innen allmennmedisin.

Epidemiologiske studier og spesielt registerepidemiologi er bredt representert, særlig innenfor samfunnsmedisin, ofte i samarbeid med Folkehelseinstituttet og andre samfunnsmedisinske miljøer i Norge. Helse- og sykdomsregistre brukes også i annen forskning som analyserer et vell av problemstillinger. For eksempel benytter helseøkonomiske analyser og helsepolitiske studier ofte dataregistre om sykdom og bruk av helse- og omsorgstjenester. Studier som benytter kvalitative metoder er rikelig representert og spenner over et bredt register som intervjuer, fokusgrupper, kilde- og dokumentgransking, observasjoner og annet feltarbeid.

Skillet mellom anvendt forskning og mer grunnleggende forskning finnes også innenfor Helsam selv om det vel er på sin plass å karakteriserer meste parten av forskningen som anvendt. Grenseoppgangen mellom evaluering,

utredning og forskning kan være vanskelig ved et institutt som har et så anvendt preg. Ansatte ved Helsam deltar med sin ekspertise i både utredninger og evalueringer, men legger vekt på at datagrunnlaget skal være så bra at det også kan bearbeides vitenskapelig. Avveiningen her er ikke alltid lett.

En annen klassifisering er tematisk. Forskningen ved mange avdelinger har kommunale helse- og omsorgstjenester som sitt tema. Kvalitet av helse-tjenester er et annet felt som dekkes i flere studier ved mange avdelinger. Et tema som står sentralt er helsepolitiske studier, både som innspill til politikkkutforming og i analyse av den. Forekomst av sykdom og risiko for sykdom er et annet stort tema. Særlig står ulikhet i helse og sykdom sentralt, både sosialt, kulturelt, historisk og geografisk, og ut fra arbeid og det fysiske miljøet. Studier om oppfatning av sykdom og helse finnes også ved flere avdelinger. Til slutt må nevnes de mange globale prosjektene hvor særlig Avdeling for samfunnsmedisin og global helse er toneangivende.

I denne utgaven av *Michael* har jeg i samarbeid med instituttleder og avdelingsledere valgt ut en del tema som ansatte er blitt invitert til å skrive artikler innenfor. Stort sett har ansatte respondert positivt på henvendelsen om bidrag. Noen artikler har forfattere fra flere avdelinger. Det kan tolkes som at noe samarbeid er blitt utviklet i disse ti årene. Sammen med sammendrag av åtte doktorgrader fra disse årene gir dette et bilde av forskningsbredden, selv om det ingenlunde dekker all virksomheten. Doktorgradene er valgt ut fra at forfatteren fremdeles har stilling ved Helsam og at de tematisk utfyller aspekter ved forskningen.

Undervisningen

Grovt sett kan en si at undervisningen ved Helsam har tre hovedben:

- å gi leger samfunnsmedisinsk forståelse, å kvalifisere dem til arbeid utenfor spesialisthelsetjenesten og å gi dem etisk kompetanse, kunnskap om kvalitetsvurdering, helsesystemer og ledelse.
- å gi vitenskapelig grunnlag for helseprofesjoner, inklusivt å gi vitenskapelig kompetanse for utdanning av sykepleiere, fysioterapeuter, vernepleiere og andre.
- å gi kompetanse og motivering til å være ledere i og av helsetjenesten til både helsepersonell og administrativt personell fra andre fagområder, som samfunnsfag og juss.

Undervisningen ved Helsam skiller seg fra de to andre instituttene ved fakultetet ved at Helsam. I tillegg til å undervise i medisinstudiet, har helsam flere andre studieprogrammer, slik det framgår av tabell 1.

I likhet med de to andre instituttene ved fakultetet har Helsam en betydelig rolle i forskerutdanningen og ansatte bidrar i videre- og etterutdanning. Medisinerutdanningen, forskerutdanningen og videre- og etterutdanning spenner over flere avdelinger. Jeg har derfor valgt å omtale dem uavhengig av avdelingene. De andre studieprogrammene omtales sammen med de avdelingene som har ansvar for dem.

Medisinerundervisningen har gjennomgått mange endringer over tid, både formelle og mer uformelle. Nye fag har kommet til og gamle fag har mistet sin posisjon. I 2010 ble undervisningen for medisinerstudenter gjennomført etter studieplanen fra 1996, kalt Oslo 96, med noen justeringer. Helsam bidro fra fire avdelinger med undervisning i allmenmedisin, sam-

	Etableringsår	Studie- plasser	Antall søkere			Kommentarer
			2010	2015	2019	
Medisinerstudiet	1814	220				Omtales ikke nærmere i tabellen
Master i sykeplei- evitenskap	1985	-	45	34	-	Ikke opptak i 2019.
Erfaringsbasert master i helsead- ministrasjon	1986	30	72	46	125	
Master i tverrfaglig helseforskning	1995	40	104	114	126	
Master in interna- tional community health	1996	40	303	598	478	Søkertallene falt da de mistet kvoteordningen etter 2015.
Bachelor i helseledelse og helseøkonomi	2002	54	685	1311	1324	
Master in health economy, policy and management	2005	35	255	744	657	
Avansert geriatrisk sykepleie	2011	-	-	32	46	Ikke opptak i 2010. Deltidsstudium
European master in health economy and management	2012	15 i Oslo	-	281	517	Ikke opptak I 2010.

Tabell 1: Oversikt over antall søkere til studieprogram ved Helsam i noen utvalgte år. Det har vært noen endringer i studieplasser. Tabellen presenterer de siste tallene, 20 plasser er uspesifiserte.

funnsmedisin, medisinsk etikk og KLoK (Kunnskapshåndtering, ledelse og kvalitetsforbedring), og administrerte praksis i primærhelsetjenesten og i lokalsykehus. Studiet var heterogent, og mange ulike lærere underviste i hvert fag. Dermed ble noen tema undervist dobbelt (minst), mens andre tema ikke ble undervist i tilstrekkelig grad. Problembasert læring (PBL) som var den store nyskapingen i Oslo 96 var blitt umoderne, primært fordi det var en veldig undervisningskrevende læringsform. Omfanget av PBL hadde derfor blitt redusert. Samfunnsmedisin ble i starten av perioden utsatt for voldsom kritikk fra studentene, og undervisningen ble totalrevidert i 2013.

En ryddejobb var imidlertid påkrevet for hele studiet. Den endte med en ny studieplan i 2014. Leder for dette arbeidet var professor Jan Frich ved Heled. I den nye planen ble det større bevissthet om hva studentene skulle kunne etter endt utdanning, og det ble nedlagt mye arbeid i å gjennomgå det forventede læringsutbyttet av studiet. Revisjonen av planen skulle sørge for at alle aspekter ved medisinsk diagnostikk og behandling ble dekket og ikke dublet. All undervisning i praktiske ferdigheter ble gjennomgått og ansvaret tydeliggjort. Det ble også gjort en gjennomgang av KLoK, som var blitt et eget fag i medisinstudiet i 2011.

En del endringer fikk betydning for Helsam. Studieplanen skal vektlegge pasientforløpsperspektivet. Det betyr at for svært mange symptomer og sykdommer skjer undervisningen ved at en allmenntmedisiner sammen med en sykehuslege belyser pasientens vei gjennom systemet. Medisinsk etikk bidrar med perspektiver på mange seminarer. Undervisningen i samfunnsmedisin ble revidert. Samarbeid, både med andre fag, med studenter og med brukere av helsetjenesten og andre offentlige tjenester ble introdusert.

Den obligatoriske prosjektoppgaven ble utvidet til 20 studiepoeng. Metodeundervisningen i tilknytning til prosjektoppgave ble styrket. Her spiller Helsam en sentral rolle. Studieplanen gir nå mulighet for valgfrie emner. Helsam har et stort tilbud av slike emner. Ansatte ved Helsam har, gjennom valgfrie emner og annen undervisningen, lykket med å markedsføre Helsams tema for å øke interessen for instituttets fag. Det er rimelig å framheve Anne Kveim Lie (4) som har vært primus motor i å snu samfunnsmedisin fra å være et fag som ble betraktet som annenrangs til å bli et fag som vekket stor interesse blant studentene. Hun fikk dessuten Olav Thons stiftelsens nasjonale pris for fremragende undervisning januar 2021.

Det er nå lagt opp til praksis i arbeidslivet på slutten av studiet. Dette har oftest blitt utplassering i sykehus og ikke i samfunnsmedisinske institusjoner eller i kommuner, slik intensjonen var. Det arbeides for at alle studenter skal få 14 dagers praksis i sykehjem. Hittil går tilbudet til 20

studenter per semester ved sykehjem i Oslo, fra 2021 skal det også gå til 20 studenter ved sykehjem i Viken.

I forbindelse med innføringen av den nye studieplanen ble det, med professor Jan Frich som prosjektleder, utviklet en ny, felles nasjonal delprøve i medisin som samarbeid mellom de medisinske studiestedene i Norge. Denne innsatsen ble belønnet med Utdanningskvalitetsprisen for høyere utdanning i 2017. Helsam bidro med representasjon fra allmennmedisin inn i arbeidet.

Forskerutdanningen ved Det medisinske fakultet består av ett ph.d.-program som er felles for alle som tar doktorgraden ved fakultetet. Ph.d.-programmet drives i samarbeid mellom fakultetsadministrasjonen og de tre instituttene. Programmets øverste organ er Forskerutdanningsutvalget som ledes av forskningsdekanen, og hvor forskerutdanningslederne ved de tre instituttene er medlemmer. Førsteamanuensis Kåre Moen er koordinator ved Helsam.

Programmet har en opplæringsdel og en forskningsdel som munner ut i selve avhandlingen. Opplæringsdelen av programmet (30 studiepoeng) har både en obligatorisk del (ti studiepoeng) og en valgt del (20 studiepoeng). Det er et bredt tilbud av valgfrie emner. Emner utenfor fakultetet kan også godkjennes som del av opplæringen.

Helsams stipendiater har bakgrunn fra svært mange ulike fag; medisin og andre helseprofesjoner, humaniora og samfunnsfag og de er rekruttert både fra egne og andres medisinutdanning og masterstudier. Det har over tid vært arbeidet mye med å gjøre den obligatoriske delen relevant for alle ph.d.-studenter, med så variert bakgrunn. Det er i dag to obligatoriske emner: «Intro I» (vitenskapsfilosofi, etikk, bredden av forskningsmetoder i medisin og helsefag) og «Intro II» (vitenskapelig skriving, posterpresentasjoner og populærvitenskapelig fremstilling). I tillegg til at innholdet i disse kursene er viktige, er de viktige som faglig møteplasser på tvers av fakultetets institutter/avdelinger, forskergrupper, forskningsmetoder osv.

Det er et bredt tilfang av valgfrie emner. Alle avdelinger ved Helsam bidrar og noen har også betydelig undervisning i de obligatoriske emnene, særlig gjelder det Senter for medisinsk etikk og Avdeling for samfunnsmedisin og global helse. Siden det er vanskelig å dekke alle stipendiaters behov, oppfordres de til å også ta relevante emner utenfor fakultetet, både ved UiO, ved andre norske universiteter og internasjonalt.

Helsam har ansvar for to forskerskoler (5), en i allmennmedisinsk forskning og en innenfor kommunale helse- og omsorgstjenester. I tillegg er instituttet partner i forskerskoler innen epidemiologi og innen global helse. Alle disse er omtalt kort i presentasjonen av de enkelte vertsavdelinger.

I oktober 2019 var det 231 ph.d-studenter fra Helsam på fakultets phd-program. I 2019 disputerte 34 kandidater ved Helsam, 25 kvinner og ni menn. På langt nær alle er ansatt ved instituttet i dag (6). En oversikt over de som har forsvart sin avhandling viser at det er meget stort bredde i tema.

I sin tid som stipendiater blir alle kandidatene kjent med hverandre, på tvers av avdelinger og fag. Det skjer på de obligatoriske kurs, men ikke minst gjennom *ph.d forum* som alle stipendiater ved Helsam kan være med i. Dette forum organiseres av stipendiaterne selv. Der kan de møtes for å få sosial kontakt, utveksle erfaringer og gi hverandre råd.

Videre- og etterutdanning. Ansatte ved Helsam deltar i videre- og etterutdanning som faller utenom de formaliserte studieprogram. Her nevnes de viktigste. Men ansatte bidrar også på diverse andre kurs for helsepersonell innen sine fagområder.

Innfor den mer formaliserte videre- og etterutdanning ved fakultetet bidrar ansatte ved Helsam i flere kurs innenfor medisinsk etikk, trygdefaglige emner, konflikthåndtering og ledelse/administrasjon i spesialisthelsetjenesten.

Både Avdeling for allmennmedisin og Senter for medisinsk etikk får betydelige midler fra Helse- og omsorgsdepartementet for opplæring av helsepersonell i riktig antibiotikabruk og i etisk refleksjon.

International Community Health: Accessibility, Equity and Human Rights «Sommerskolen» (ISSMF4205 – 15 credits) har i mange år vært et populært tilbud ved Avdeling for samfunnsmedisin og global helse.

Den utadrettede virksomheten

Som den kunnskapsinstitusjon et universitet er, deltar de ansatte med sin kunnskap i mange ulike sammenhenger og på mange arenaer. Dette er forventet fra politikere, fra media og fra befolkningen. Slik er det også ved Helsam, hvor formidling av kunnskap er et viktig aspekt ved virksomheten. En kan vel si at mange av fagene og kunnskapen de ansatte har, får sin anvendelse opp mot politikkkutforming og opplysning til befolkningen og interessegrupper, mens mye av fakultetet for øvrig (og noe innenfor Helsam) har sin hovedanvendelse innen medisinsk utvikling, diagnostikk og behandling.

Det finnes ulike betegnelser på denne aktiviteten. Tidligere het det som regel utadrettet virksomhet, formidling eller helseopplysning. I nyere språkdrakt kalles en del av dette sosial innovasjon. Noen ganger er det en flytende overgang mellom forskning og deltagelse i sosial innovasjon og rådgivning, for eksempel når forskningsprosjekter skjer i nært samarbeid med myndig-

heter eller organisasjoner. Det kan være en vanskelig avveining hvorvidt arbeidet skal presenteres her eller ikke. Noen av forskningsbidragene som er presentert i dette *Michael*-supplementet, viser nettopp til slikt samarbeid.

I motsetning til for forskning og undervisning, finnes det ingen oversikt over omfanget av slik deltagelse. For å få fram denne siden ved virksomheten har jeg derfor forsøkt å få inn informasjon fra ansatte, men jeg antar at omfanget er atskillig større enn det som er nevnt her. I hovedsak blir virksomheten kun omtalt i generelle vendinger med noen eksempler uten navn. Da er det mindre fare for at noe og noen som burde vært nevnt, ikke har kommet med. Men noen eksempler er mer utførlig omtalt og noen navn er nevnt.

For å vise bredden kan det være greit å kategorisere denne virksomheten nærmere. Det er verdt å legge merke til at slik deltagelse favner både nasjonalt og internasjonalt. Her presenteres det eksempler på begge. Foredrag og deltagelse med rådgivning i faglige fora som konferanser, Legeforeningen og Sykepleierforbundet eller i redaksjoner for fagtidsskrift er imidlertid ikke inkludert i denne presentasjonen.

Deltakelse i offentlige ekspertgrupper, styrer og råd, og utforming av faglige retningslinjer. Mange ansatte ved Helsam har deltatt i å utarbeide grunnlag for politikk gjennom å være med i eller lede Norges offentlige utredninger (NOU) eller være med i ekspertgrupper. Slik arbeid krever en betydelig innsats og er viktig som grunnlag for politikk. Med fare for at noen er glemt nevnes følgende med navn:

Professor Terje P. Hagen har deltatt i eller ledet 6–7 offentlige utvalg eller ekspertgrupper om helsepolitiske eller andre tema, både før og etter etableringen av Helsam. Han ledet for eksempel arbeidet med finansieringsmodellen for de regionale helseforetakene etter den store sykehusreformen i 2002 (NOU 2003:1). Det siste bidraget var å lede utvalget for regionreformen, et ekspertutvalg nedsatt av Kommunal- og moderniseringsdepartementet i 2017 for å vurdere fylkeskommunenes oppgaver.

Statsstipendiat Per Haave var med i et NOU-utvalg i 2015: *Assimilering og motstand— Norsk politikk overfor taterne/romanifolket fra 1850 til i dag.*

Professor Oddvar Kaarebøe var med i NOU 2019: *Inntektsfordeling mellom regionale helseforetak.*

Prioriteringsutvalget avga sin NOU i 2014: *Åpent og rettferdig- prioriteringer i helsetjenesten.* Der deltok både en helseøkonom og en medisinsk etiker fra Helsam.

Fra tiden før Helsam ledet professor Johanne Sundby et NOU-utvalg i 1999: *Kvinnens helse i Norge*. Hun deltok i en oppfølgingsrapport i 2020, og det er nå bebudet en nye NOU om temaet.

Et helt ferskt eksempel på å gi råd til helsemyndighetene er ekspertgruppen som ga innspill til prioritering av vaksine for Covid-19. Gruppen hadde både leder (Eli Feiring) og to medlemmer fra Helsam.

Helseøkonomene ved Heled har vært benyttet i evalueringer av nye medikamenter og prosedyrer og de har deltatt i utforming av retningslinjer for økonomisk evaluering av helsetiltak, og vært med i Blåreseptnemnda.

Gjennom lang tid har samfunnsmedisin hatt medlem(mer) i Statens ernæringsråd, nå Nasjonalt råd for ernæring, hvor det fremdeles er et medlem.

En professor ved Heled er medlem av Styret for Norsk institutt for landbruksøkonomisk forskning.

Under presentasjonen av Avdeling for allmennmedisin er *antibiotika-senteret* beskrevet. Det er et godt eksempel på hvordan forskning, rådgivning og utarbeidelse av retningslinjer kan henge tett sammen. Professor Morten Lindbæk og i dag Sigurd Høye har vært sentrale aktører.

Professor Marit Kirkevold bør nevnes ved navn. Hun har jobbet sammen med helsemyndighetene og har hovedæren for at det ble en forskrift for masterutdanning i avansert klinisk sykepleie i 2020 (7).

Under omtale av Senter for medisinsk etikk omtales de kliniske etikkomiteer. Denne virksomheten ligger i skjæringen mellom forskning, undervisning, formidling og samarbeid med eksterne aktører.

Lancetkommisjonen bør nevnes spesielt. Forhold som påvirker befolkningens helse og særlig den globale urettferdighet og ulikhet i helse, ligger i stor grad utenfor helsetjenestens domene og må håndteres politisk. Professor Espen Bjertness hadde lenge samarbeidet med universitet og helsemyndigheter i Palestina og derigjennom fått kontakt med redaktør Richard Horton i tidsskriftet *The Lancet*. Han var opptatt av urettferdighet og den globale helseulikhet. I kjølvannet av kontakten med Bjertness i 2010 ble en internasjonalt bred kommisjon, *Lancet-kommisjonen*, etablert. Kommisjonen tok for seg de politiske determinanter og dimensjoner i urettferdighet og ulikhet i helse globalt og publiserte sin rapport i 2014. Universitetet i Oslo var sentralt ved at rektor Ole Petter Ottersen ledet arbeidet og med deltagelse fra ansatte ved Avdeling for samfunnsmedisin og global helse, første og fremst Espen Bjertness, og ved Senter for utvikling og miljø (SUM) som er et senter ved Universitetet i Oslo (8). Denne kommisjonens arbeid har avfødt nye kommisjoner og styrket det politiske arbeidet for global rettferdighet og likhet.

Samarbeid med ulike aktører som kommuner, helsemyndigheter, frivillige organisasjoner er det ikke lett å få noen oversikt over, så det som nevnes er mer å anse som eksempler.

Igjen må professor Espen Bjertness nevnes som en utrettelig ildsjel i å samarbeide med helsemyndigheter i konfliktfylte land som Nord-Korea, Nepal, Tibet, Myanmar og Palestina for å bedre folkets helse og bygge opp bedre kapasitet i utdanning av helsepersonell og landets helsetjenester.

I mange forskningsprosjekter er det direkte samarbeid med kommuner ved at forskeren gir råd om forebygging eller omsorgstjenester i kommunene, og ved at kommunene bidrar inn i forskningen og er brukere av forskningen.

Ved samfunnsmedisin har ansatte i en årrekke hatt et tett samarbeid med Kirkens bymisjon, inklusiv helsesenteret for papirløse. Ved Heled er et eksempel på et samarbeidsprosjekt ved et framskrivningsoppdrag for Kommunenes sentralforbund der forskere har framskrevet omsorgsbehovene i alle kommuner.

Natur-Kultur-Helse (NaKuHel) (9) har siden 1993 vært et knyttet til «Gruppe for trygdemedisin» ved Samfunnsmedisin og global helse med professor Gunnar Tellnes som ildsjel. Formålet har vært å utvikle og tilrettelegge for forskning, undervisning og formidling av kunnskap som fokuserer på helsefremmende natur- og kulturaktiviteter. Det har stimulert til en rekke tverrfaglige samarbeidsprosjekter, nasjonale og internasjonale konferanser, seminarer og workshops for å fremskaffe og formidle erfaring fra helsefremmende arbeid. Tellnes selv bruker begrepet sosial innovasjon om denne virksomheten.

Popularisering og deltagelse i debatt i ulike media. Den som framfor noen har vært synlig og har briljert som formidler innen Helsam, er avdøde professor Per Fugelli (1943–2017). Helt fra han var student på 1960-tallet og til sin død i 2017 var han opptatt av å delta i offentlig debatt, både skriftlig som kronikkskribent og avisdebattant og muntlig i TV og radio. Allerede som student var tversoversløyfa hans kjennetegn. Ofte kom han med kontroversielle synspunkter, alltid på de svakes side. Han fikk flere priser for sitt frimodige bidrag i samfunnsdebatten, blant annet Karl Evangs folkehelsepris i 2010. Per Fugelli skrev mange populærvitenskapelige bøker, og mange sitater kommer til å leve lenge etter han.

«En god resept på et godt liv er å gi litt mer faen»

«Rettferdighet er den største kapital et land kan ha».

Den årlige «Per Fugelli lecture» som arrangeres av Avdeling for samfunnsmedisin og global helse, er et varig minne om Per Fugelli.

Førsteamanuensis Anne Kveim Lie kan også framheves for sitt framragende bidrag med formidling i aviser og radio. Morgenbladet kåret henne til en av de ti beste formidlere i Norge i 2020. Professor Johanne Sundby er tidligere nevnt innenfor utredninger om kvinnehelse. Hun har også deltatt mye i offentlig debatt i ulike media innenfor samme tema, både om forhold i Norge og globalt.

Dagens Medisin har i årevis hatt mange bidrag fra ansatte i Helsam. Professor Ivar Sønbo Kristiansen har hatt og førsteamanuensis Hans Olav Melberg har fast spalte i avisen. Flere andre har bidratt med kronikker og debattinnlegg og faste spalter i andre aviser i disse 10 årene. Også i radio og TV har mange fra Helsam vært deltagere som eksperter eller meningsbærere i debatter.

De enkelte avdelingene ved Helsam

Presentasjonen av de enkelte avdelinger bygger på skriftlig og muntlige innspill fra avdelingsledere og programledere, samt informasjon på ulike hjemmesider. De omtales her i alfabetisk rekkefølge.

Allmennmedisin: Allmennlegenes solide høyborg

På 1960-tallet ble det økt oppmerksomhet rundt allmennlegen, men allmennmedisinen manglet lenge en akademisk forankring. Legeforeningen ga derfor et gaveprofessorat til Det medisinske fakultet. Institutt for allmennmedisin åpnet i 1968 med indremedisineren professor Christian Borchgrevink som leder. Instituttet lå for seg selv i Røde Kors-lokalene på Frogner med nærhet til allmennpraksis. Gruppen ble etter hvert en seksjon ved Instituttgruppe for allmenn- og samfunnsmedisin og flyttet til Fredrik Holsts hus i 1993.

Nåværende og tidligere avdelingsledere Mette Brekke og Jørund Straand beskriver sitt fag slik:

«Allmennmedisin er det medisinske faget som ligger til grunn for klinisk, individrettet legearbeid i primærhelsetjenesten. Allmennlegenes spisskompetanse er deres faglige breddekompetanse tilpasset førstelinjen samt kontinuiteten i lege-pasient forholdet. Generalistperspektivet gjør at allmennmedisin skiller seg fra øvrige medisinske fagområder ved Fakultetet. På Institutt for helse og samfunn skiller avdelingen seg fra de øvrige ved at alle i vitenskapelige stillinger er leger og at de fleste også arbeider som fastleger på deltid. Samtidig er den tematiske og metodologiske bredden i forskningen ved avdelingen stor. Den forskningsmessige bredden gjør det viktig med bevisst vedlikehold av en felles identitet knyttet til fag og praksis, herunder vårt felles ansvar for undervisningen i klinisk allmennmedisin på legestudiet.»

En stor endring for allmennmedisinen kom i 1996 da faget ble ett av tre hovedfag i medisinstudiet. Faget ble betydelig styrket ved at det ble et gjen-

nomgangsfag i hele studiet. Det ble etablert praksisperioder for studentene i allmenntmedisin og på lokalsykehus. Mange ute i allmenntmedisinsk praksis fikk nå deltidsstillinger ved universitetet. Professor Per Hjortdahl hadde en sentral rolle i dette. Han var også drivkraften i etablering av fagområdet KLoK.

Fra 1968 har det akademiske allmenntmedisinske miljøet hatt mange navn; først het det institutt, så seksjon og fra 2010 avdeling. I praksis har fagområdet hatt stor grad av autonomi hele tiden. Det har helt fra starten hatt en sentral rolle i profesjonsbygging og akademisering av faget allmenntmedisin.

For ytterlig å styrke forskning i allmenntmedisin ble Nasjonal forskerskole i allmenntmedisin etablert i 2013. Den er ledet av avdelingen. Avdelingen leder også det regionale forskningsnettverket PraksisNett Øst. Begge er finansiert av forskningsrådet. PraksisNett er en infrastruktur som legger til rette for at forskere får mulighet til å gjennomføre gode og kvalitetssikrede kliniske studier på pasienter i norsk allmenntpraksis. Samtidig gir PraksisNett fastlegene anledning til å delta i forskning på en forutsigbar og sikker måte.

Takket være målrettet arbeid for å hente inn eksterne midler og rekruttering av dyktige, nye medarbeidere, har Avdelingen styrket seg gjennom de siste 10–15 årene. Legeforeningens stiftelse Allmenntmedisinsk Forskningsfond (AMFF) har siden 2007 vært særdeles viktig for å finansiere avdelingens ph.d-kandidater. De to HOD-finansierte enhetene *Allmenntmedisinsk Forskningsenhet* (AFE) og *Antibiotikasenteret for primærmedisin* (ASP) kom begge på plass i 2006.

AFE styrker veiledningskapasiteten i allmenntmedisin og er et kraftsenter for praksisnær, anvendt klinisk forskning i allmenntpraksis og forskning på allmenntlegers samhandling med andre deler av helsetjenesten.

ASP lager nasjonale retningslinjer for antibiotikabruk utenfor sykehus, driver undervisning for leger og sykepleiere og har omfattende oppgaver innenfor den nasjonale handlingsplan mot antibiotikaresistens og har flere forskningsprosjekter, også internasjonale.

I disse to store departementsfinansierte satsingene har professorene Jørund Straand og Morten Lindbæk vært sentrale. Jørund Straand har også ledet avdelingen med stø hånd siden Helsam ble opprettet og fram til sommeren 2020. I 2020 fikk han Legeforeningens lederpris for sin innsats.

Avdeling for allmenntmedisin særpreges av at den har svært mange universitetslektorater (deltidsstillinger) knyttet til studentenes praksisperiode i allmenntpraksis. Alle vitenskapelig ansatte ved avdelingen har sin bakgrunn i allmenntmedisinsk praksis med bistillinger der, og de aller fleste er spesialister i allmenntmedisin.

Helseledelse og helseøkonomi: Målrettet mangfold for ledere

På 1980-tallet kom *ledelse* tydeligere på dagsordenen i samfunnet, også i helsetjenesten. Det ble da en het diskusjon om hvem skulle lede sykehus og i sykehus. Sykepleierne hadde nå bygd opp sin egen lederutdanning og gitt sykepleierne formell lederkvalifikasjon. Det manglet legene, så de tapte i «kampen» om lederstillinger. Legeforeningen tok nå grep med et initiativ med å tilby et ledelsesstudium for helsepersonell, særlig leger, fra høsten 1986. Daværende rektor, Bjarne A. Waaler (1925–2007), som selv var lege, var avgjørende for at det nye studietilbudet ble vedtatt i 1984 (det siste han gjorde som rektor) som et samarbeid mellom Det medisinske og Det samfunnsvitenskapelige fakultet.

Dette studieopplegget fikk en tydelig ledelsesorientering. Gjennom nær kontakt med departementet klarte han å få graden (kandidat/master) godtatt, lenge før kvalitetsreformen i 2003; Da ble erfaringsbaserte mastergrader formelt etablert.

Statsviteren, professor Ole Berg ved Institutt for statsvitenskap, var hovedansvarlig for utarbeidelsen av planen for det nye studiet. Virksomheten ble organisert som et Senter under fakultetet med eget styre. *Senter for helseadministrasjon* som det lenge het, var lokalisert på Rikshospitalet og flyttet til Forskningsveien da nytt Rikshospital ble bygget.

Institutt for forebyggende medisin skulle ha ansvar for undervisningen i samfunnsmedisin. Instituttet hadde fått en ekstra stilling i forbindelse med undervisning av medisinstudenter. For å få beholde denne stillingen, fikk de denne undervisningsoppgaven. Jeg, som nylig hadde tatt en Master of Public Health ved Harvard, sa meg villig til å forsøke fra andre studieår (1987). Professor Tor Bjerkedal (1926–2015) flyttet etter hvert min stilling permanent over til Senteret.

Samfunnsøkonomen professor Tor Iversen fra Gruppe for helsetjenesteforskning på Folkehelse, fikk også etter hvert en heltidsstilling. Da var det tre ansatte, alle med ulik fagbakgrunn og mye entusiasme. Den neste tilsatte var dagens instituttleder, professor Terje P. Hagen (1998). Etter hvert ble det flere ansatte og tid til forskning innenfor helseøkonomi og helseledelse/politikk, særlig gjennom en nasjonal satsing på helseøkonomisk forskning.

Da instituttgruppene ble etablert ved fakultetet i 1990, ble Senteret lagt til Instituttgruppe for allmenn og samfunnsmedisinske fag (IASAM), men fortsatte med eget styre. Både ut fra lokalisering og tematikk var det lite fellesskap med de andre enhetene i instituttgruppen. I 2004 ble Senteret derfor eget *Institutt for helseledelse og helseøkonomi* med administrativ støtte fra Instituttgruppe for laboratoriemedisin ved Rikshospitalet.

Heled preges av at de vitenskapelig ansatte har stor bredde i faglig bakgrunn. Mange er samfunnsøkonomer eller statsvitere. Det er flere medisinere, og noen få har bakgrunn i psykologi, sosiologi, filosofi eller statistikk. Forskingens tyngde ligger innenfor helseøkonomiske analyser av medikamenter, helsetiltak og prioriteringer, organisasjonsanalyser av pasientforløp og samhandling, studier av helsepolitikk og kliniske effektstudier av ulike helsetiltak, særlig screening. Avdelingen har fire forskergrupper med mye samarbeid på tvers og noe samarbeid med forskere i andre avdelinger. De fire forskningsgruppene er: *Økonomisk evaluering av helsetiltak*, *Helseøkonomi og helsepolitikk*, *Klinisk effektforskning* og *Helsestyring og helseledelse*.

Avdelingen har i dag et bachelorprogram og tre masterprogram. Fra 2011 fikk KLoK formell status som permanent fag i medisinerstudiet. Fakultetet opprettet et nytt professorat innen kvalitet i helsetjenesten. Den som ble tilsatt, kunne velge sin «bolig» innenfor Helsam. Professor Michael Bretthauer valgte Heled. Han tok da over ledelsen av denne undervisningen. Dermed fikk Heled en permanent rolle i medisinerundervisningen.

Det erfaringsbaserte masterprogrammet i helseadministrasjon og professor Ole Berg var lenge selv livsnerven i Heled, «*Ole Berg-skolen*». Det gir leger en formell kompetanse i ledelse og var lenge tilpasset overlegers tre måneders studiepermisjon. Men det var også åpent for andre faggrupper. Opplegget var en intens høst med mye gruppearbeid og spennende faglige utfordringer innen et nytt felt for studentene. Om våren var det elektive kurs og en studietur. Mange skrev sin oppgave, men på langt nær alle. Det var det intense fellesskapet i høstsemesteret som var det mest attraktive.

Helt fra starten var studentene kjennetegnet av masse erfaring og medisinsk kompetanse, mange med doktorgrad. Flere var professorer. Studentene hadde erfaring fra nær sagt alle deler av helsetjenestene, kommunehelsetjenesten og sykehus, og fra forvaltningen. Det ble en møteplass og et nettverk for ledere, særlig fordi det hvert år ble arrangert en intern konferanse i regi av alumniforeningen.

Den første endringen kom ved kvalitetsreformen i høyere utdanning i 2003. Da måtte kandidatstudiet omgjøres til en mastergrad og utvides til halvannet år. Det ble hetende erfaringsbasert mastergrad og fikk krav om erfaring fra helsetjenesten for opptak.

Det ble etter hvert mer krevende å få permisjon til å ta hele studiet, selv om det var mange korte elektive kurs. Antall søkere sank. Så i 2015 krøp Heled til korset og gjorde en stor endring i opplegget. Det populære intense høstsemesteret ble forlatt og programmet ble gjort om til flere kortere samlinger, slik mange erfaringsbaserte masterprogram er. Fremdeles får det god evaluering av studentene (10).

Takket være betydelige forskningsbevilgninger hadde Heled fått mange velkvalifiserte forskere. En utfordring var å skaffe dem varige stillinger. Det ble løst ved å etablere nye studier for ledelse av helsetjenesten. Kvalitetsreformen for høyere utdanning ble vedtatt i 2001. Da svingte ansatte ved Heled seg raskt rundt og fikk vedtatt et helt nytt studium, bachelorstudiet.

Bachelorstudiet i helseledelse og helseøkonomi startet opp i 2002, ett år før kvalitetsreformen for høyere utdanning reformen trådte i kraft. Det var første gang betegnelsen «helseledelse» ble brukt (internasjonalt health management). Begrepet var fremmed og rart, men hva annet kunne det hete? I dag kan en vel si at Heled var forut for sin tid. Nå er det knapt et universitet eller høyskole i Norge som ikke har et utdanningstilbud innenfor helseledelse.

Programmet var nyskapende på mange måter. Det la inn obligatoriske fag fra fag utenom fakultetet (jus, psykologi og informatikk) og mulighet til å ta valgfrie fag utenfor Heled, samt et semester i utlandet. UC Berkeley i California ble veldig populært. Selv om Det medisinske fakultet ikke må ha ex.fac, valgte Heled å legge inn det som obligatorisk emne, tilpasset temaene i programmet.

Studiet har holdt seg nokså uendret. Det har vært programevaluering to ganger (minst) med påpeking av noe som kan og bør endres. Blant annet er det nå innført en bacheloroppgave (11).

Master in Health Economy, Policy and Management ble laget som en fortsettelse av bachelorprogrammet slik at det kunne bli et femårig løp for studentene. Programmet ble vedtatt i 2005. Krav for opptak var minst et års utdanning i samfunnsfag. Etter mye diskusjon ble det valgt å bruke engelsk for å åpne opp for internasjonal studenter. Programmet har endret seg noe over tid. Programmet har i dag tre spesialiseringer i tillegg til et generelt tilbud: Economic Evaluation in Healthcare, Health Economics and Policy, Management of Healthcare Institutions og General Programme. Programmet har avtale om utveksling med fire andre universiteter. En programevaluering fra 2015 ga god rating (12).

Senere etablerte Heled en europeisk fellesgrad i helseledelse og helseøkonomi:

European Master in Health Economics and Management i samarbeid med Universitetet i Bologna, Erasmus-universitetet i Rotterdam og MCI – Management Center Innsbruck. Studenter på programmet har i perioder nytt godt av EUs prestisjefylte mobilitetsstipend Erasmus+. Programmet har fire

spesialiseringer: Economics & Policy, Economic Evaluation, Management of Healthcare Institutions og Population Health Management. Valg av spesialisering legger føringer for utvekslingen av studenter mellom de fire universitetene. De som tar økonomisk evaluering, vil for eksempel ha andre semester ved Erasmus-universitetet i Rotterdam og tredje semester i Oslo. Programmet har to samlinger i året der studentene fra alle de fire universitetene møtes. Summer School har de siste årene vært i Bologna og Winter School siste årene i Lech i Østerrike (13).

Medisinsk etikk: Kritisk refleksjon ved sykdom og død

Professor Knut Erik Tranøy (1918–2012) ble ansatt som den første professor i medisinsk etikk ved fakultetet i 1986. Han etablerte Senter for medisinsk etikk (SME) året etter. Tranøy fikk arbeidsplass på Institutt for allmennmedisin hvor senere professor (fra 1995) Jan Helge Solbakk hadde siviltjeneste. Begge disse to, i samarbeid med miljøet ved sykepleievitenskap, var sentrale for opprettelsen og utvikling av SME.

En bevilgning fra Forskningsrådet var viktig for oppbygning av medisinsk etikk som akademisk område i Norge. Det sikret et tverrfaglig forskningsmiljø ved rekruttering av stipendiater fra mange fagområder. I flere år var SME lokalisert i Forskningsparken. Men da Instituttgruppe for allmenn- og samfunnsmedisin (IASAM) ble flyttet til Ullevål i 1993, ble også SME lokalisert der.

SME var et selvstendig senter med eget styre som lå utenom instituttgruppene inntil 2010. Først var det direkte underlagt universitetsstyret. Men fra oktober 1995 ble SME organisert som et senter ved Det medisinske fakultet, fremdeles med eget styre. Antakelig hadde dette sammenheng med styrkingen av undervisningen i etikk i «Oslo 96». Det kom da en ny studieplan for medisinstudiet med betydelig mer vekt på medisinsk etikk. SME fikk også en betydelig rolle i den formaliserte ph.d.-utdanningen.

Utvidelsen av SME kom særlig da helsemyndighetene etablerte kliniske etikk-komiteer (KEK) i alle sykehus. I dag har alle helseforetak egen KEK, og mange av disse spiller en viktig rolle i vanskelige beslutninger. KEKene drøfter spørsmål knyttet til enkeltpasienter og mer prinsipielle spørsmål og har pasientrepresentanter og medlemmer med jus og etikk-kompetanse.

SME har gjennom dette arbeidet kunne bidra til relevant undervisning både i grunnutdanningen, i videre og etterutdanningen og ikke minst undervisning og formidling inn mot klinisk praksis. En nasjonal veileder i beslutningsprosesser rundt begrensning av livsforlengende behandling er ett av flere eksempel på at et fruktbart samspill mellom klinikk, forskning, undervisning og utadrettet virksomhet. Omsorgsmeldingen i 2007 anbefalte at

kliniske etikk-komiteer eller etikkråd skulle bli opprettet i kommunehelsetjenesten og i sykehjem. SME fikk nasjonalt ansvar for dette. I dag finnes ca 20 slike komiteer. Mange KEKer har utvidet virksomheten fra rådgivning til å drive refleksjonsgrupper, noe som bidrar til etikk-kompetanse i klinikken (14). SME fikk nasjonalt ansvar for koordinering og faglig oppbygging av forskning på området. Professor Reidun Førde var her sentral. Hun ble i 2019 kommandør av den Den Kongelige Norske Sankt Olavs Orden. En annen sentral person fra 2004 er professor Reidar Pedersen. I 2006 fikk SME økt sin bevilgning noe som muliggjorde flere stillinger og utvidet arbeidsfelt. I dag er det kliniske etikkkomiteer også i flere kommuner. Det var lenge mange midlertidig ansatte på eksterne midler. I det nye instituttet ble det fra 2010 bestemt at også ansatte på eksterne midler kunne få fast stilling, noe som senteret var veldig fornøyd med.

Medisinsk etikk har sin hovedforankring innenfor medisin/sykepleie og filosofi/teologi, men også jus er representert blant fagene. Dette speiles i forskningstilnærmingen. Flere ansatte har dobbeltutdanning. Forskning, undervisning og rådgivning skjer i nær kontakt med de kliniske etikk-komiteer både i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Forskningen er nå organisert i tre forskergrupper: *Grunnlagsproblemer i medisinsk etikk og medisinfilosofi*, *Forskningsetikk og vitenskapsetikk* og *Etikk i helse-tjenesten*.

Samfunnsmedisin og global helse: Tverrfaglighet i teori og praksis

Avdelingen har en lang forhistorie som et viktig fag ved fakultetet som ikke skal beskrives her. En viktig endring skjedde i 1952 da Institutt for hygiene ble delt i to institutter, et for sosialmedisin og et for hygiene; hvert institutt med sin sjef.

Institutt for sosialmedisin var befolkningsorientert og opptatt av de sosiale strukturene og levekårenes betydning for folkets helse, med særlig vekt på svake grupper. Psykiateren, professor Per Sundby (1926–2016) overtok etter sosialmedisineren, professor Axel Strøm (1901–85). Det preget utviklingen ved instituttet. Det var lokalisert på Rikshospitalet og hadde også kliniske oppgaver ved hospitalet. Perspektivet ble etter hvert utvidet med ansettelse av den første professor i medisinsk antropologi ved fakultetet, Benedicte Ingstad, som bygde opp dette fagfeltet i Norge. Hun var også den som utvidet perspektivet gjennom sin forskning i Botswana. Dette var spiren til det globale engasjementet ved avdelingen som i dag er betydelig.

Hygienisk institutt var langt mer naturvitenskapelig i sin orientering med vekt på betydning av det ytre fysiske miljø, inklusivt arbeidsplassen, for folkets helse. Fra 1963 lå det i Gydas vei 8 på Majorstua, et bygg som

var skreddersydd for Hygienisk institutt og arbeidsforskningsinstituttene som lå der.

Da professor Tor Bjerkedal overtok etter Haakon Natvig (1905–2003) i 1975, ble Hygienisk institutt omdøpt til Institutt for forebyggende medisin. Epidemiologi fikk da en betydelig plass, mens andre fagområder ble tonet ned, dels fordi andre miljøer ved og utenom fakultetet hadde bygd opp disse områdene. Det gjaldt for eksempel ernæring, luftforurensning, næringsmiddelkontroll, miljømedisin og yrkesmedisin.

I 1990 ble disse to instituttene igjen organisatorisk slått sammen gjennom opprettelsen av Instituttgruppe for allmenn- og samfunnsmedisin (IASAM) som også omfatter allmennmedisin og Senter for helseadministrasjon (senere Heled). Professor Tor Bjerkedal var den første sjefen. IASAM ble organisert med seksjoner og sentre.

Avdeling for samfunnsmedisin og global helse har en bred tilnærming til samfunnsmedisin som fag og folkehelse i sin helhet. Den dekker også fagene arbeidsmedisin, trygdemedisin, og sosialmedisin. Med en utpreget tverrfaglig profil og forskningsaktiviteter i mange forskjellige land dekker forskningen ved avdelingen mange nivåer i samfunnet; individ og samfunn, nasjonalt og internasjonalt. Avdelingen jobber for eksempel med kartlegging av sykdomsutbredelse, studier av risikofaktorer for sykdom, samt sosiale og historiske determinanter for helse. Forskning rundt forebygging, samspillet Natur-Kultur-Helse (NaKuHel) og vurdering av helseintervensjoner er andre eksempler.

Et særtrekk ved den globale forskningen i avdelingen er at den har fokusert på geografiske konfliktområder, og gjerne også på marginaliserte grupper. Det er også langvarige og stabile samarbeidsprosjekter med fredeligere områder av verden. De globale prosjektene har særlig fokus på reproduktiv helse, antibiotikaresistens og infeksjonssykdommer som tuberkulose og HIV.

Den tverrfaglige profil ved avdelingen betyr at forskningen bygger på et bredt spekter av metoder og datatyper. Den spenner over kvalitative metoder og sosialantropologiske tilnærminger, medisinsk-historiske kildekritiske metoder og analyser, og epidemiologiske/biostatistiske metoder. Den epidemiologiske forskningen benytter ulike datakilder, som helseundersøkelser, nasjonale registre, familiekoblinger og ulike typer geografiske datasett. I tillegg utføres det flere intervensjonsstudier innen minoritetshelse, livsstil og ernæring og bruddforebygging.

Medisinsk historie er et viktig fag ved avdelingen. Vinklingen har vært utviklingen av samspillet mellom helse og samfunn. Før Helsam-tiden var det et tett samarbeid med Legeforeningen om profesjonshistorie. Siden har

det også vært arbeidet med en lang rekke forskjellige andre emner, som temaer fra norsk medisinsk historie og i de senere år f. eks. om utviklingen av helsevesenet i Øst-Afrika. Mange nyere arbeider har hatt en idéhistorisk eller antropologisk tilnæringsmåte.

I 2004 etablerte Det norske medisinske Selskab et frittstående «open access»-tidsskrift, *Michael*, for publisering av arbeider som ligger innenfor avdelingens interesseområde og fagkrets. Tidsskriftet er oppkalt etter fakultetets første medisinske professor, Michael Skjelderup (1769–1852), er godkjent som vitenskapelig publikasjonskanal og kommer ut både på papir og på nett. *Michael* har medio 2021 70 utgitte hefter og 27 supplementbøker bak seg. Begge grunnleggere og redaktører, Øivind Larsen og Magne Nylenna har vært/er professorer ved Helsam. Øivind Larsen har også skrevet historien til det Det medisinske fakultet fra starten i 1814 (1).

De ansatte i avdelingen representerer mange fag som medisin, ernæringsvitenskap, odontologi, biostatistikk, epidemiologi, medisinsk antropologi og medisinsk historie. Avdelingen har et betydelig forskningssamarbeid med Folkehelseinstituttet innenfor epidemiologi, blant annet med mange gjensidige bistillinger. Det er betydelig samarbeid med de samfunnsmedisinske miljøer ved de andre universitet i Norge (15). Målet er at alle som utdannes skal få lik utdanning i samfunnsmedisin. Det er nå skrevet en felles lærebok i samfunnsmedisin og det arbeides med en tilsvarende i sosialmedisin.

Da Helsam ble konstituert var det slutt på seksjoner som et organisatorisk tredje nivå som instituttlederen skulle forholde seg til. Avdelingen murret over dette og ville at instituttlederen også skulle ha formell kontakt og møter med seksjonene. Slik ble det ikke. Løsningen ble at avdelingen internt kunne organisere seg som den selv ønsket, men at instituttlederen skulle forholde seg til avdelingslederen. For noen år siden ble seksjonsbegrepet forlatt og avdelingen ble organisert som forskergrupper, slik modellen er ved de andre avdelingene ved Helsam. Avdelingen har nå seks forskergrupper: *Internasjonal helse, Medisinsk antropologi og medisinsk historie, Arbeidsmedisin og trygdemedisin, Forebyggende medisin og epidemiologi, Praktisk samfunnsmedisin, Global health and health equity*.

Det globale engasjementet ved samfunnsmedisin førte til at det i 1998 ble etablert et internasjonalt studium ved avdelingen:

Master in International Community Health hadde som forløper den internasjonale sommerskolen som hadde tiltrukket seg studenter fra mange land og som fremdeles drives. Professorene Gunnar Bjune og Johanne Sundby var sentrale i oppbyggingen av studiet og skaffet betydelige ressurser til

utdanningen. Målsettingen var å utdanne forskere som gjennom lokal kunnskap om helse- og samfunnsforhold kunne bidra til å gi et bedre grunnlag for utviklingen av de enkelte lands helsetjenester. Nå er målsettingen formulert slik på programmets hjemmeside:

«The programme prepares you to participate in community-based health promotion and disease prevention research with a focus mainly on middle and low-income societies. You are encouraged to use research findings to improve the quality and effectiveness of community health action».

Programmet tar opp rundt 40 studenter, omlag $\frac{1}{4}$ er norske, de andre fra utlandet. Tidligere var mange finansierte gjennom ulike stipendordninger og gjennom quota ordningen (kvotestudenter) som opphørte helt i 2015. At den opphørte, har åpenbart endret studenttilgangen. Quota-studentene var forpliktet til å returnere til sitt land, hvis ikke ble stipendet endret til studielån. Til å begynne med var andelen som fullførte og som dro tilbake til sitt hjemland imponerende (16). I perioden forut for siste programevaluering (2017) har ikke andelen som fullførte vært like stor (17).

I masteroppgaven (60 stp) oppfordres studentene til å bruke empiri fra utlandet eller sitt eget land for å holde kontakten med hjemlandet, og norske studenter oppfordres til å reise utenlands. Studieløpet er lagt opp slik at studentene tidlig skal komme i gang med å forberede sin masteroppgave.

Det er lite samarbeid over mot andre internasjonale masterprogram ved Helsam. Men det er satt av 15 stp til valgfrie emner. Muligens gir dette noe rom for emner ved andre masterprogram ved Helsam.

Sykepleievitenskap: Kunnskap fra sykepleiere for sykepleiertjenesten

Sykepleievitenskap ble etablert ved Universitetet i Oslo i 1985 etter initiativ av Norges Sykepleieforbund som da hadde drevet Norges høyere sykepleierskole siden 1925. Professor Inge Lønning (1938–2013) som etterfulgte Waaler som rektor, var styreleder ved skolen. Et utvalg, hvor professor Ole Berg var med, foreslo å overføre forbundets utdanning til universitetet. Slik ble det. De ansatte der utgjorde staben i den nye enheten. Kjellaug Lerheim (1926–2020) var en viktig pådriver. Hensikten var å styrke utviklingen av sykepleievitenskap og gi undervisningen i sykepleie en vitenskapelig forankring.

Sykepleievitenskap fikk tre studieretninger på hovedfagsnivå; administrasjon og ledelse, fagdidaktikk og en klinisk orientert retning. For å bli tatt opp til studiet var det en forutsetning å ha offentlig sykepleierautorisasjon. Danske Margarethe Lorensen (1942–2005) ble den første professor i sykepleievitenskap i 1987. Hun ble en sentral aktør for at sykepleiere også skulle

få muligheten til å ta doktorgrad ved UiO. De første kandidatene ble tatt opp ved dr.polit.-programmet ved SV-fakultet.

Virksomheten i Oslo ble lagt direkte under universitetsstyret. Denne løsningen var midlertidig, men det var lenge uklart og uenighet om sykepleievitenskap skulle og ville legges til SV-fakultetet, med nærhet til samfunnsvitenskapene, eller legges til medisin for å få en mer klinisk orientert tilhørighet, men kanskje «drukne» i medisinen. Konklusjonen ble at Institutt for sykepleievitenskap ble lagt til medisin i 1993, etter et kort mellomspill ved SV-fakultetet.

Instituttet måtte selv bygge opp sin kompetanse gjennom at flere disputerte og kvalifiserte seg, dels i utlandet, til ordinære vitenskapelige stillinger. Fagmiljøet og forskningen har hatt stor vekst og hatt stor betydning for utviklingen av sykepleiefaget. Forskningen har ikke minst dreid seg om pasienters erfaringer med sykdom og deres møte med helsetjenesten samt helsetjenestens vilkår for å kunne gi god og forsvarlig helsehjelp. Avdelingen har hatt en helt sentral funksjon i å forsyne sykepleierutdanningene ved høyskolene og universitetene med vitenskapelig skolert personale. Dette har skjedd i samsvar med den opprinnelige tanken om nærhet til sykepleierutdanningen.

Avdelingen har hatt ansvaret for to studieprogram.

Muni-Health-Care. Den nasjonale forskerskolen Muni-Health-Care som tilbyr forskerutdanning spesielt rettet mot de kommunale helse- og omsorgstjenestene, er ledet av professor Marit Kirkevold. Etableringen kan ses på som en videreføring av etableringen av tiltaket undervisningspsykiatri som hun initierte på 1990-tallet og som nå er nasjonalt kjent som utviklingscentre for sykehjem og hjemmetjenester.

De aller fleste ansatte ved avdelingen har sykepleie som grunnutdanning og mange har sin videreutdanning ved avdelingen, inklusive sin doktorgrad. Mye av forskningen gjøres i tverrfaglige prosjekter, noe som også speiles i avdelingens fire forskergrupper; *Eldreomsorg, Digitalisering og samhandling, Pasienterfaringer og helseproblemer* og *Komplekse intervensjoner i helsetjenestene*. I tillegg leder de *CHARM*, som er et nasjonalt nettverk innen forskning om habilitering og rehabilitering.

Master i sykepleievitenskap fra 2005 er en videreføring av hovedfagstilbudet. Denne undervisningen og påfølgende forskning har vært viktig for å bygge opp akademisk sykepleiekompetanse, og har forsynt hele Norge med lærerkrefter til sykepleierutdanninger. For ytterligere å styrke utdanningstilbudet ble det i 2011 etablert et masterprogram innenfor geriatri.

Masterprogram i avansert geriatrisk sykepleie. Ved utgangen av 10-årsperioden ble begge masterprogrammene i sykepleie nedlagt, primært på grunn av manglende studentrekruttering. En kan kanskje si «mission accomplished», siden kompetansen utenfor Det medisinske fakultet nå var blitt bygd godt opp på feltet. Høyskolene og de nye universitetene har bygd opp masterprogrammer i all hovedsak ved hjelp av kandidater uteksaminert fra Avdeling for sykepleievitenskap ved Universitetet i Oslo. På en måte kan en si at sykepleievitenskap ved UiO nesten har vært så dyktig at studiet har gjort egne studieprogram overflødige. Avdelingen har i større grad blitt et forskningsmiljø med meget god kontakt mot praksis og tidligere studenter. Det er besluttet å sette ned en arbeidsgruppe som skal se på utdanning av sykepleiere ved fakultetet. Fakultetet ønsker imidlertid ikke et eget masterprogram for klinisk sykepleie. Det betyr at sykepleierne ved Helsam i framtiden vil undervise innenfor program med et bredere formål, kanskje innenfor et nytt masterprogram i folkehelse (18).

Tverrfaglig helsevitenskap: Fra helsefag til tverrfaglig helsevitenskap

Et krav for å kunne komme inn på studiet i sykepleievitenskap har vært å være offentlig godkjent sykepleier. Dermed var det flere helseutdanninger som ikke hadde noe tilbud om høyere utdanning. Særlig var et slikt tilbud etterlyst av fysioterapeutene. Som et svar på dette behovet startet Det medisinske fakultet høsten 1995 hovedfagstudiet helsefag med studieretning omsorg og rehabilitering. Også her var professor Ole Berg med å utforme grunnlaget for vedtaket. Nina Vøllestad ble tilsatt som professor og leder for avdelingen. Avdelingen skulle styrke kompetansen blant lærepersonell ved de høyskolene som ga helsefaglige utdanningstilbud, og utvikle forskning innenfor disse helseprofesjonene.

Helsefag ble først organisert som en seksjon direkte under fakultetet. I 2004 ble miljøet slått sammen med sykepleievitenskap og ble et eget institutt med to seksjoner. I 2010 ble de igjen adskilt.

Nina Vøllestad, biolog og dr. scient., ble tilsatt som første professor i miljøet. Med unntak av ett år ledet hun seksjonen/instituttet/avdelingen frem til 2014. Professor Kristin Heggen, sykepleier med doktorgrad i pedagogikk, startet som førsteamanuensis i 1997. Sammen med professor Nina Vøllestad la hun grunnlaget for at miljøet vokste gradvis med flere faste stillinger og mange stipendiater.

Det har gjennom det siste tiåret utviklet seg sterke og brede forskningsgrupper som har evnet å utnytte det tverrfaglige potensialet i flere viktige forskningsprosjekter, samt gitt betydelige bidrag til kunnskapsutvikling innenfor de enkelte helseprofesjonene. Avdelingen har nå fem forskergrup-

per: *Samfunn, helse og makt, Self Management, Kunnskapsoverføring i helse-tjenesten, FYSIOPRIM* (forskning om fysioterapi i primærhelsetjenesten) og *Kropp og funksjon*.

Selv om fagmiljøet er blant de minste ved instituttet, har flere fra miljøet hatt sentrale roller i institutt- og fakultetssammenheng. Kristin Heggen ble den første studiedekan for bachelor- og masterprogrammene ved fakultetet. Hun ble etterfulgt av Eivind Engebretsen fra samme avdeling. Nina Vøllestad var instituttleder for Helsam i fire år. Disse har, sammen med øvrig stab, hatt stor betydning for å synliggjøre Helsams relevans for forskning og studier ved Det medisinske fakultet, så vel som ved andre fakulteter ved UiO og utenfor UiO.

Over tid har det opprinnelige hovedfaget i helsefag (omgjort til en mastergrad ved kvalitetsreformen i høyere utdanning fra 2003) utviklet seg til å bli et nytt masterprogram:

Master i tverrfaglig helseforskning legger stor vekt på å lære kandidatene forskerhåndverket. Programmet gir innsikt i tverrfaglig helsefaglig forskning, metodisk kunnskap og verktøy til å arbeide selvstendig med temaer som evidens i forskning og behandling, brukermedvirkning, sosial ulikhet i helse, funksjon og funksjonsevne, helsepolitikk, etikk, helsekompetanse, makt og kjønn. Studiet gir en grundig innføring i forskningsprosessen og en dypere forståelse for hvordan helsefaglig kunnskap utvikles, håndteres og kritiseres.

Denne orienteringen har resultert i at et betydelig antall ferdige masterkandidater har gått videre med forskning, enten ved avdelingen eller tilgrensende fagmiljøer. Andre kandidater anvender mastergraden som grunnlag for forsknings- og utviklingsrelaterede oppgaver innen primær- og spesialisthelsetjenesten.

Programmet likner på sykepleievitenskap ved at målet var å bygge opp akademisk kompetanse for utdanninger i høyskoler. Nå er flere av dem blitt universitet med muligheter til selv å bygge opp egen akademisk kompetanse. I likhet med sykepleievitenskap får derfor forskningsopplæring en større plass i (19).

Tallenes tale

For å gi et bilde av hvordan Helsam har utviklet seg gjennom sine ti første år, presenteres noen oversiktstall i tabellene 2–4.

Til sammen 278 personer har disputert ved Helsam i disse ti årene. Antallet har variert noe fra år til år, men det har vært en svak økning over tid. Nasjonaliteten til doktorandene er ikke oppgitt, men en titt på navnene

viser at knapt 20 % har navn som indikerer at de er fra Afrika eller Asia. Instituttet har et sterkt internasjonalt preg i sin forskerutdanning.

Også antall publikasjonspoeng har hatt en svak økning. Helsam har oppnådd flere studiepoeng i 2018 enn i 2010. Økningen kom i begynnelsen av perioden da de nye programmene ble lansert. Antall oppnådde studiepoeng har senere vært stabilt. Det har vært økning i forskningsaktiviteten. Selv om det skjedde en endring i måten forskningspoengene ble registrert på i 2015, er økningen betydelig.

Mange ansatte har deltidsstillinger. Dette speiles i forskjellen mellom antall ansatte og antall årsverk. Det er særlig de mange lektorstillingene i allmennmedisin som trekker opp antallet ansatte. I løpet av de ti årene har det vært en økning både i antallet vitenskapelig og administrativt ansatte. Forholdet mellom de to kategoriene viser ingen tydelige utviklingstrekk.

Årstill	Doktorgrad ¹	Publikasjonspoeng ²	Studiepoeng samlet ³	Vitenskapelige årsverk/antall ⁴	Administrative årsverk/antall
2010	22	158	302	134	31
2011	23	192	338	145	34
2012	23	180	349	149	39
2013	27	187	337	155/383	39/46
2014	37	198	359	170/418	39/44
2015	35	297	353	172/432	37/44
2016	24	353	360	179/457	43/51
2017	25	365	358	177/458	46/56
2018	29	361	346	176/478	47/58
2019	34			177/468	47/59

Tabell 2: Oversikt over utviklingen i antall doktorgrader, publikasjonspoeng, studiepoeng og ansatte ved Helsam i perioden 2010–2018.

De vitenskapelig ansatte er i mange forskjellige stillingskategorier og i ulike brøker. 28 ansatte har professor I-stilling, av disse er 11 kvinner (39%). Øyeblikksbildet fra 2020 viser at det samlet sett ikke er store kjønnsforskjeller, men det er forskjeller mellom de forskjellige avdelinger. På sykepleie-

1 Tallene oppgitt fra fakultet og institutt varierer noe, dette er tall fra fakultetet og inkluderer tre dr. philos.-kandidater.

2 Tall fra DBH, via instituttet, endring i registrering fra 2015. DBH er databasen for høyere utdanning.

3 Alle kategorier studiepoeng samlet

4 Før 2013 finnes ikke tall for antall ansatte, kun for årsverk

vitenskap og tverrfaglig helsevitenskap er alle professorene kvinner, mens det på Heled bare er én kvinnelig professor. Blant professor II-ansatte og førsteamanuenser er kjønnsfordelingen ganske jevn. Blant de 62 som er ansatt som stipendiater er det stor overvekt av kvinner. Ved inngangen til 2021 er fem av seks avdelingsledere kvinner.

Den økonomiske utviklingen har vært positiv samlet sett, men med en betydelig endring i inntektsstrømmene de siste årene. Som vist i Tabell 3 har tilslaget på eksterne midler variert noe fra år til år, men med økning siste årene. Samtidig har bevilgningene fra fakultetet falt. Fallet var særlig markant i 2019 som følge av omleggingen av fakultetets fordelingsmodell.

År	NFR	Eu	Andre	Med fak	Samlet
2010	1 740	1 539		131 760	135 039
2011	14 176	785		156 019	170 980
2012	23 40	5 879		143 811	173 130
2013	20 371	1 604		129 338	151 313
2014	33 621	3 607	25 982	126 070	189 280
2015	38 626	1 442	30 105	118 088	188 261
2016	40 136	9 271	34 029	124 527	207 963
2017	31 248	4 684	37 306	129 044	202 282
2018	34 100	4 300	41 500	125 808	20 708
2019	40 400	7 700	4 7900	117 803	213 803

Tallene er gitt fra administrasjonen ved Helsam.

Tabell 3: Oversikt over den økonomiske utvikling i Helsam fra 2010 til 2019 i 1000 kr.

Aktiviteten i Helsam i jubileumsåret går fram av tabell 4. Av fakultetets 2494 publikasjoner kom 469 fra Helsam. Instituttet hadde sju av fakultetets ni masterprogram og det ene bachelorprogrammet. Helsam hadde flere registrerte studenter enn de to andre instituttene og hadde 230 av fakultetets 1340 kandidater på ph.d-programmet, og 34 av 187 avlagte doktorgrader. Her bør skytes inn at det er særlig Institutt for klinisk medisin som har mange kandidater. Av fakultetets samlede inntekter på 1410 mill. kroner fikk Helsam 214 mill. Andelen som var eksternt finansiert ved Helsam var 53%, godt høyere enn for fakultetet samlet (43%) og høyere enn for begge de to andre instituttene.

Vitenskapelige publikasjoner	469
Profesjonsstudier	1
Masterprogram	7
Bachelorprogram	1
Antall registrerte studenter	835*
Antall kandidater på ph.d.-programmet	230**
Avlagte doktorgrader	34
Vitenskapelige årsverk	177
Vitenskapelig ansatte personer	468
Tekniske årsverk	4
Teknisk ansatte personer	5
Administrative årsverk	46
Administrative personer	59
Budsjett	214 millioner
Del av budsjett som er eksternt finansiert	53%
Aktive forskningsprosjekt gjennom året med ekstern finansiering	176

*) 170 av disse er på profesjonsstudiet i medisin og 665 er på bachelor- og masterprogrammene. Tallene er av personvern hensyn avrundet til nærmeste 5.

**) Antall kandidater pr. våren 2019, innrapportert til DBH 15.02.20. Tallene er av personvern hensyn avrundet til nærmeste 5.

Tabell 4: Beskrivelse av aktivitet og budsjett i jubileumsåret 2019, fra instituttets hjemmeside.

Vurdering av utviklingen

Å gjøre en vurdering av etableringen av Helsam er egentlig ikke mulig. Det er umulig å vite hva en skal sammenlikne med, hva som kan tillegges etableringen av Helsam og hva som skyldes andre forhold ved fakultet og i samfunnet. Den strategiske planen for årene 2012–2020 er så generell at den ikke kan være grunnlag for å vurdere utviklingen. Jeg vil likevel forsøke å kommentere utviklingen ut fra følgende forhold:

- Helsams rolle og tydelighet i fakultetet
- Autonomi for forskere
- Samarbeidsprosjekter innad i Helsam og forskergrupper på tvers i instituttet
- Synergier i studietilbud og forskerutdanning
- Ressurssituasjonen

Før Helsam ble etablert, var de tre enhetene representert i fakultetets lederforum med tre stemmer. Forumet hadde stort sett en informativ funksjon med lite rom for strategiske samtaler. Å ha et mindre forum hvor Helsam kan snakke med én stemme, er sannsynligvis en fordel. En utfordring for instituttlederen er å kjenne alle avdelinger godt gjennom å ha gode og trygge interne ledermøter, og hvor det ikke er rivalisering mellom avdelingslederne. Men utfordringen med å gjøre seg gjeldende i et fakultet hvor mesteparten av virksomheten ved Helsam er fremmed, er vel ikke blitt særlig mindre.

Det har fra tidlig i tiårs-perioden vært en egen studiedekan for bachelor- og masterprogrammene. Synspunkter fra de som driver slike studier, har dermed kommet tydeligere fram i fakultetets ledelse. Denne studiedekanan har kommet fra Helsam.. Det forutsetter til at denne studiedekanan har den samme interesse for og kjennskap til alle studieprogrammene, både innen Helsam og de to masterprogrammene utenom Helsam. Den forutsetningen er ikke lett å oppfylle. Dagens løsning er sannsynligvis likevel den best mulige, men den er krevende.

I Helsam er det stor autonomi og stor takhøyde, både for avdelingene og for forskerne. Det har ikke vært misnøye med den organiseringen som ble valgt fra starten av. Alle fikk det på sett og vis som de ville, og det har fungert godt. Spesielt allmenntmedisin var godt fornøyd med å bli egen avdeling med en tydeligere organisatorisk linje.

At allmenntmedisin ble adskilt fra samfunnsmedisin, var så logisk at det også har gått smertefritt for samfunnsmedisin, som i perioden har fått tydeliggjort sitt globale engasjement, også i navnet.

Helsevitenskap og sykepleievitenskap ble også to avdelinger. Det var en logisk løsning i 2010 fordi de «bodde» så langt fra hverandre. Men faglig har de neppe vunnet noe på denne oppløsningen i forhold til da de var to seksjoner med felles leder.

Medisinsk etikk var lenge frikoblet fra andre avdelinger og fra instituttet. Det viktige for etikerne i 2010 var å få beholde senternavet som var godt innarbeidet, og å få trygghet for stillinger. Begge disse ønsker ble imøtekommet. Sannsynligvis har de også hatt noe utbytte av å komme nærmere andre fagmiljøer og bedret administrasjon.

Heled gikk fra å være eget institutt (fra 2005) til å bli en avdeling i et større institutt. Mange ansatte der fryktet dette for de hadde i fem år opplevd friheten og fordelene med å være et selvstendig institutt. Men med stor autonomi for de enkelte avdelinger har det gått greit.

I løpet av perioden fra 2010 har det vært ett vanskelig tema på dagsordenen. Dekanus ønsket, som tidligere nevnt, å slå sammen avdelinger for

å få en avdeling i Helsam som omhandlet kommunehelsetjenesten. Dette førte til kraftige protester fra Avdeling for allmennmedisin og forslaget falt.

De faglige synergier som dekanus ønsket seg, har latt vente på seg, men det er etablert flere prosjekter på tvers av avdelinger innenfor instituttet siste årene. Dette kunne vel også skjedd uten en felles paraply. Alle forskningsgrupper har medlemmer kun fra egen avdeling og det er heller ikke opprettet noen forskningsgruppe på tvers innen instituttet. Det må her tilføyes at forskere i alle miljøene har utstrakt samarbeid med forskere ved nasjonale og internasjonale forskermiljøer.

En betingelse for å skape synergier og nyskapning i forskning er å møtes, både formelt og uformelt. De fysiske lokaliteter med et spredt institutt fremmer ikke hensynet til slike møter. Men det er nok bare en liten del av forklaringen. Det er utstrakt nasjonalt og internasjonalt samarbeid i alle miljøer, til tross for avstand. Så at det er beskjedne faglige synergier henger nok heller sammen med at ulikheten mellom avdelingene og perspektivene i forskningen er for store. Forskere søker heller sammen med andre som har mer likhet med seg selv.

Det har vært gjort framstøt for å få til samarbeid i undervisningen. Men det har stort sett strandet, til og med for studier som en skulle tro hadde stor nærhet, som sykepleievitenskap og helsevitenskap.

Tre studieprogram er internasjonale og undervises på engelsk. Dette er en barriere for samarbeid med de norske, for noen ønsker ikke at emner skal gis på engelsk. De to engelske masterprogrammene på Heled deler mange felles emner, men de har ganske annerledes oppbygning og krav til kompetanse i forhold til masterprogrammet i International Community Health. Med mer velvilje kunne kanskje en del emner vært tilpasset andre program, i hvert fall de valgfrie.

I mine samtaler med ansatte er det et problem som går igjen, nemlig mangel på ressurser. Og, vil jeg tilføye, mangel på tanker om hvordan Helsam skal kunne løse dette (nokså vanlige) problemet. Oppgavene kommer til en viss grad fra fakultetet, men er til en viss grad «selvpålagte» ved at miljøene selv har laget sine studieplaner og sitt tilbud av valgfrie kurs og seminarer, inklusive forskerutdanningen, og kanskje har forutsatt at ressurser ville følge tilbudet. Slik har det ikke vært.

Framtida og avsluttende kommentar

Instituttlederen har utfordret meg til å komme med noen ord med på veien. Jeg kan ikke motstå den fristelsen.

Det som er slående, er mangel på forskningsgrupper på tvers, eller i det minste noe mer *formell* deltagelse i andre avdelingers forskergrupper, ut over

deltagelse i enkeltstående forskningsprosjekter. Det er påfallende hvordan samarbeid utenfor instituttet er langt mer utbredt enn innad. For å få til reell synergi i forskning tror jeg en må skape forskningsgrupper som møtes både formelt og uformelt, blir kjent og har det hyggelig sammen. Instituttlederen bør sette av stimuleringsmidler (i et knapt budsjett) til dette. Målet kunne være at hver avdeling hadde som oppgave å få til én slik tverrgående gruppe i løpet av for eksempel to til tre år.

Å ha to avdelinger innenfor sykepleie og helsefag virker for meg lite logisk, sjøl om jeg kjenner bakgrunnen og de fysiske forutsetningene for at det er slik. Her bør instituttleder sette ned en gruppe som ser på muligheter for fusjon. Det kan jo hende at ikke alle i en avdeling vil eller bør «flytte» til samme miljø, så det burde være mulig med fleksibilitet. Sykepleievitenskap har nå ingen egne studieprogram. Dette blir en utfordring for forskningen ved avdelingen, som ikke lenger har sine masterstudenter til å gå videre med forskerutdanning. Jeg vet at endringer i studieprogram er underveis. Med ny samlokalisering skulle forholdene kunne ligge godt til rette for mer samarbeid om studieprogram.

Ressurssituasjonen er et reelt problem som nok ikke vil bli løst med tilgang på mer penger fra fakultetet. Jeg ville derfor anbefale en skikkelig gjennomgang av sammenhenger mellom oppgaver i undervisning, herunder tilbud av valgfrie emner og ressurser i de enkelte avdelinger. Her må en gå ned og kartlegge undervisningsmengde for hver enkelt ansatt. Det vil opplagt ikke være populært, men jeg tror det er helt nødvendig.

Bruk av hverandres emner og lærerkrefter på tvers av avdelinger trenger også en gjennomgang. Men skal en slik gjennomgang ha noen mening, må den kunne føre til at personer flyttes og/eller pålegges mer/mindre undervisning (obs de mange valgfrie emnene). Den må også kunne føre til at noen emnetilbud blir redusert (avviklet) og kanskje til at nye opprettes. Spørsmålet er om noen har eller kan få myndighet til å gå så radikalt til verks.

Planen om samlokalisering med større muligheter til å bli kjent på tvers (for eksempel ved å ha felles kantine), gjør at jeg ser lyst på Helsams framtid og jeg blir litt vemodig over at jeg ikke skal delta i den. Mange endringer i samfunnet gjør at fagporteføljen og studietilbudene ved Helsam er mer aktuelle enn noen gang.

Urettferdigheten i den globale helsesituasjonen trenger stor oppmerksomhet. Coronapandemien har synliggjort samfunnsmedisinens betydning og det kommunale ansvaret for befolkningens helse. Økende antall eldre og en multietnisk befolkning som trenger legehjelp, omsorg og bistand, flere etiske prioriteringsdilemma og et voksende behov for ledelse og samhandling i hele helsetjenesten er andre forhold som kan nevnes, og som er

Strength (indre)	Weakness (indre)
Autonomi og selvbevisste avdelinger	Enhver er fornøyd med å være i fred uten fellesskap i Helsam
Mange flinke, arbeidsomme og engasjerte forskere	Begrenset sammenhengende tid til forskning
Klare og bra administrative linjer Dyktige studiekonsulenter	Lite administrative støtte for avdelingslederen og lite tid til ledelse og utvikling av egen avdeling
Mange unge ph.d-kandidater er lovende for framtida	Økonomi setter for stramme rammer for fornying av stab og kompetanseutvikling
Et fleksibelt og bredt ph.d-program	For stor undervisningsmengde for en del, mindre for andre
God søkning til bachelor – og master-programmene	Lite samarbeid mellom avdelingenes studie-program
Dekker mange faglige perspektiver med god mulighet for spennende samarbeid	For lite fokus i forskingen og for mye autonomi hindrer ett samlet Helsam?
Stor takhøyde og autonomi	
Godt tilslag på eksterne midler	Avhengig av eksterne midler, krevende å lage gode søknader
Mye nasjonalt og internasjonalt samarbeid	Geografisk spredd, ingen uformelle møtesteder på tvers
Opportunity (ytre)	Treats (ytre)
Fag og tema er erkjent sentrale for helse- og omsorgstjenesten	Etter hvert mye konkurranse i markedet for masterprogram
Gode arbeidsmuligheter for masterstudenter og ph.d kandidater	Andre fagmiljøer har større mulighet for å ansette de beste forskere
Gode muligheter for samarbeid med kommuner og forvaltningen	
Flere forskningsprogram i forskningsråd og EU innenfor Helsams område	
	Fremdeles «fremmed» i et medisinsk fakultet
Stor etterspørsel etter Helsams kunnskap i forvaltningen, media og allmenheten	Individuell frihet til å snakke «på vegne av Helsam»

Tabell 5. Ytre og indre muligheter og trusler ved Helsam ved inngangen til neste 10-årsperiode

store utfordringer Helsam bør kunne være sentral i de faglige premisser og innen undervisning, inklusivt forskerutdanning, for å møte dette. Her er det rom for spennende og inspirerende forskningsgrupper på kryss og tvers. Det er også rom for fornyede og kanskje nye studietilbud.

Da jeg underviste på det erfaringsbaserte masterprogrammet, synets både studentene og jeg det var interessant å sette opp en SWOT-analyse⁵ for å se på utviklingsmuligheter innenfor et område/avdeling. En SWOT-analyse (Strength, Weakness, Opportunities, Threats) summerer opp interne styrker og svakheter og trekker fram ytre muligheter og trusler. Studentene skulle i grupper jobbe med ulike case og diskutere framtida ut fra for eksempel faglig utvikling, kompetanse, intern kultur, ressurser, teknologiske nyvinninger, endret sykdomsbilde og etterspørsel, pasientens valgfrihet og medbestemmelse, og kvalitetskrav. Endrede helsepolitiske rammer og samfunnsmessige strømninger kunne også gå inn i analysen, der det var relevant. Noen ganger fikk studentene en slik oppgave til sin individuelle hjemmeeksamen. Både studentene og jeg lærte mye av å summere opp i en slik analyse.

Avslutningsvis fristes jeg til å gjøre det samme for Helsam nå ved 10-årsjubileumet, basert på alt jeg har lest og fått høre i arbeidet med denne boka. Ved å reflektere over punktene i denne analysen og gjerne sette inn flere/stryke noen (tabell 5), kan instituttet kanskje ha et grunnlag for utvikling i den neste 10-årsperioden.

Litteratur

1. Larsen Ø. Doktorskole og medisinstudium. *Michael*: 2014; 11; Supplement 15.
2. Larsen Ø. Administrativ organisering og akademisk virke- Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin ved Universitetet i Oslo. *Michael* 2011; 8 : Supplement 10
3. Strategiplan Institutt for helse og samfunn 2012–2020 *Strategi – Institutt for helse og samfunn (uio.no)*
4. Undervisningen fortjener et løft. *Uniforum*, 14. aug 2018 <https://khrono.no/uio-prisvinnere-innovasjonspris/prisvinnere-pa-universitetet-i-oslo/235610>
5. Nasjonale forskerskoler, Det medisinske fakultet <https://www.med.uio.no/forskning/forskerskolet/>
6. Årsrapport for Forskerutdanningen ved Det medisinske fakultet, UiO 2019 årsrapport-2019-for-forskerutdanningen-ved-med.pdf (uio.no)
7. Forskrift om nasjonale retningslinjer for masterutdanning i avansert klinisk sykepleie. Lovdata
8. [About the Commission – Institute of Health and Society \(uio.no\)](https://www.uio.no/om-oss/om-instituttet)

5 [SWOT-analyse – Store norske leksikon \(snl.no\)](https://www.snl.no/SWOT-analyse)

9. Spesialnummer. *Michael* 2019; 16: Supplement 23: 7–10. <https://www.michaeljournal.no/i/2019/12/Kan-NaKuHel-bidra-til-okt-berekraft->
10. Mastergradsprogrammet i helseadministrasjon Universitetet i Oslo Ekstern, periodisk programevaluering 2019 ekstern_programevaluering_mastergradsprogrammet_helseadministrasjon.pdf (uio.no)
11. Ekstern periodisk programevaluering av Bachelorprogrammet i helseledelse og helseøkonomi (høst 2008- vår 2012 2019-uio-bachelorprogrammet-i-helseledelse-og-helseøkonomi-rapport.pdf
12. Periodisk programevaluering av det internasjonale masterstudiet i Health Economics, Policy and Management healthecon-ekstern-rapport.pdf (uio.no)
13. European Master in Health Economics and Management (master's 2-years) – University of Oslo (uio.no)
14. [Prop. 65 L \(2020–2021\) – regjeringen.no](http://prop.65L(2020-2021)-regjeringen.no)
15. Larsen Ø. Ny giv for samfunnsmedisinsk undervisning? *Michael* 2015, 3, 306-310 michaeljournal.no
16. Masterprogrammet alle fullfører – Uniforum (uio.no) 2008
17. Report: External Periodic Programme Evaluation of the Masters of Philosophy in International Community Health external-periodic-programme-evaluation-of-the-master-programme-in-international-community-health-31.10.17.pdf (uio.no)
18. Ekstern periodisk programevaluering av Masterprogram i avansert geriatrisk sykepleie Universitetet i Oslo 2017 ekstern-programevaluering-av-masterprogram-i-avansert-geriatrisk-sykepleie-25.11.17.pdf (uio.no)
19. Ekstern periodisk programevaluering Masterprogram i Helsefagvitenskap Universitetet i Oslo 2015 ekstern_programevaluering_2015_helsefagvitenskap.pdf (uio.no)

Takk til professorene Ole T. Berg , Terje P. Hagen og Øivind Larsen for gjennomgang og gode kommentarer til manuskriptet, og til alle andre som har gitt sine innspill.

*Grete Botten,
Professor emeritus,
Avdeling for helseledelse og helseøkonomi.
Dr. med. og Master of public Health
g.s.botten@medisin.uio.n*