

# Akademisk allmennmedisin i Bergen 50 år: 1972–2022

Steinar Hunskaar (red.)



# Michael

2022; 19: Supplement 29

---

Publication Series of The Norwegian Medical Society



*Undervisning i allmenmedisin på fastlegekontoret. Foto: Sogndal helsesenter*

Steinar Hunskår  
redaktør

# Akademisk allmenmedisin i Bergen 50 år: 1972–2022



*Michael* 2022; 19: Supplement 29



Tidsskriftet *Michael* redigeres etter redaktørplakaten. Alt som publiseres, representerer forfatterens synspunkter. Disse samsvarer ikke nødvendigvis med redaksjonens eller Det norske medisinske Selskaps synspunkter, med mindre dette kommer særskilt til uttrykk.

*Michael* er et tidsskrift med åpen tilgang (open access) som publiseres elektronisk samtidig med papirutgaven. Alt innhold, både i ordinære utgaver og supplement, publiseres under Creative Commons-lisensen [CC BY-ND 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/). Det innebærer at forfatterne har kopirettighetene og at alle kan kopiere og distribuere artikler i *Michael* i hvilket som helst medium eller format og til et hvilket som helst formål. Artiklene må gjengis uendret og med kildeangivelse. Dersom man bearbeider eller legger til noe i artikkelen, kan den endrede artikkelen ikke distribueres.



Tidsskriftet *Michael* er medlem av Committee on Publication Ethics (COPE) – [www.publicationethics.org](http://www.publicationethics.org). Tidsskriftet *Michael* følger retningslinjene derfra og fra Vancouvergruppen (International Committee of Medical Journals) – [www.icmje.org](http://www.icmje.org). Tidsskriftet *Michael* er medlem av Fagpressen ([www.fagpressen.no](http://www.fagpressen.no)) og Tidsskriftforeningen ([www.tidsskriftforeningen.no](http://www.tidsskriftforeningen.no)).



Forsidebildet: *Allmenntillegget er blitt et hovedfag i legeutdanningen. Her underviser førsteamanuensis Thomas Mildestvedt om allmenntillegget for førsteullet høsten 2021, sammen med to pasienter. Det er pandemitid, og undervisningen overføres digitalt til alle dem som ikke fikk være til stede på grunn av koronabegrensninger. På veggen i bakgrunnen følger Gerhard Armauer Hansen (1841–1912) med på det som foregår. Foto: Anne Berit Guttormsen.*

The Norwegian Medical Society 2022  
P.o.box 1152 Sentrum  
N-0107 Oslo

ISBN 978-82-92871-75-1  
ISSN 1894-0080

Denne boken er et supplement til tidsskriftet *Michael* ISSN 1893-9651.

Design and graphic production: 07 Media – 07.no, Norway, 2021

# Innhold

Forord	
<i>Steinar Hunskår</i> . . . . .	9
1. Forhistorien: Langsomt ble faget vårt eget	
<i>Kjell Haug</i> . . . . .	11
2. Institutt for almenmedisin 1972–1984: Nybrottsarbeid og forsiktig start	
<i>Steinar Hunskår</i> . . . . .	17
2.1 Den offisielle åpningen av instituttet 21. april 1972	
<i>Steinar Hunskår</i> . . . . .	19
2.2 Sigurd Humerfelt – en allmennmedisinsk biografi	
<i>Steinar Hunskår og Kjell Haug</i> . . . . .	26
2.3 Instituttet og virksomheten 1972–1984	
<i>Kirsti Malterud og Steinar Hunskår</i> . . . . .	33
2.4 Infodoc: Fra praksisnært prosjekt til stor kommersiell aktør	
<i>Steinar Fosse og Johan Fredrik Nilsen</i> . . . . .	43
2.5 2. Nordiske kongress i allmennmedisin 17.–20. juni 1981	
<i>Steinar Hunskår</i> . . . . .	50
3. Institutt for almenmedisin 1984–1991: En ny giv	
<i>Steinar Hunskår</i> . . . . .	59
3.1 Per Fugelli – en allmennmedisinsk biografi	
<i>Kirsti Malterud og Steinar Hunskår</i> . . . . .	61

3.2 Å bygge et institutt er lagarbeid <i>Steinar Hunskår og Kjell Haug</i> . . . . .	69
3.3 NAVFs Program for allmennmedisinsk forskning (1986–1990) <i>Anders Børheim</i> . . . . .	87
3.4 Fra allmennmedisin alene til del av det samfunnsmedisinske fagområdet <i>Steinar Hunskår og Kjell Haug</i> . . . . .	94
4. Seksjon for allmennmedisin, Institutt for samfunnsmedisinske fag 1991–2003: Vekst og suksess <i>Steinar Hunskår</i> . . . . .	102
4.1 Institutt for samfunnsmedisinske fag (ISF) 1991–2003: Nye rammer for akademisk allmennmedisin <i>Steinar Hunskår</i> . . . . .	109
4.2 Undervisningen i allmennmedisin på 1990-tallet: Fra smakebiter til klinisk hovedfag med egen eksamen <i>Steinar Hunskår</i> . . . . .	120
4.3 Forskingen på 1990-tallet: Medgang avler medgang <i>Jørund Straand, Kirsti Malterud og Steinar Hunskår</i> . . . . .	137
4.4 Klinisk kommunikasjon – forskning og undervisning hånd i hånd <i>Kirsti Malterud</i> . . . . .	154
4.5 Praksis i primærhelsetjenesten – allmennmedisin og samfunnsmedisin 1972–2022 <i>Gunnar Tschudi Bondevik og Per Stensland</i> . . . . .	161
4.6 Datamaskiner, internett og <i>Primary Care Internet Guide</i> <i>Hogne Sandvik og Steinar Hunskår</i> . . . . .	174
4.7 25-årsjubileum i 1997 <i>Steinar Hunskår</i> . . . . .	180
4.8 Nyhetsbrevene <i>SAMklang</i> og <i>Universitetslegen</i> 1995–2022 <i>Steinar Hunskår</i> . . . . .	186

5. Utvidet fagmiljø i eget hus i Kalfarveien (2003–2020) og flytting til Alrek helseklynge <i>Steinar Hunskaar</i> . . . . .	192
5.1 Forskningen etter tusenårsskiftet (2003–2021) <i>Sabine Ruths og Bjørn Bjorvatn</i> . . . . .	202
5.2 Undervisning i allmennmedisin etter tusenårsskiftet <i>Thomas Mildestvedt, Edvin Schei og Steinar Hunskaar</i> . . . . .	215
5.3 40-årsjubileum i 2012 <i>Steinar Hunskaar</i> . . . . .	238
5.4 Alrek helseklynge <i>Guri Rørtveit</i> . . . . .	242
6. Legepraksiser tilknyttet instituttet 1972–2022 <i>Kirsti Malterud og Steinar Hunskaar</i> . . . . .	248
7. Videre og etterutdanning for allmennleger – en kjerneoppgave <i>Jørund Straand og Steinar Hunskaar</i> . . . . .	261
8. Internasjonalt samarbeid <i>Esperanza Diaz og Steinar Hunskaar</i> . . . . .	279
9. Lærebøker og fagbøker <i>Steinar Hunskaar og Bjørn Bjorvatn</i> . . . . .	298
10. Priser og heder <i>Ingrid Keilegavlen Rebnord, med bidrag av Steinar Hunskaar</i> . . . . .	310
11. Faglige knoppskytinger og allmennmedisinsk institusjonsbygging i Bergen <i>Steinar Hunskaar</i> . . . . .	322
11.1 Allmennmedisinsk Forskning Ryfylke (AFR) (1990–1992) <i>Kirsti Malterud</i> . . . . .	325
11.2 Noklus (1992) <i>Sverre Sandberg</i> . . . . .	331



11.3 Kompetansesenter for kliniske ferdigheter hos praktiserende leger (1994–1998) <i>Steinar Hunskår</i> . . . . .	339
11.4 Eyr – allmennlegenes diskusjonsforum (1996–2017) <i>Hogne Sandvik</i> . . . . .	348
11.5 Filosofisk poliklinikk – tankefull rebell (1998) <i>Edvin Schei</i> . . . . .	355
11.6 Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM) (2005) <i>Steinar Hunskår</i> . . . . .	361
11.7 Allmennmedisinsk forskningsenhet (AFE) i Bergen (2006) <i>Guri Rørtveit og Sabine Ruths</i> . . . . .	373
11.8 Senter for kvalitet i legetjenester (SKIL) – Fra idé til sentral nasjonal aktør i kvalitetsarbeidet (2014) <i>Nicolas Øyane</i> . . . . .	379
11.9 PraksisNett – nasjonalt forskningsnettverk i primærhelsetjenesten (2018) <i>Guri Rørtveit</i> . . . . .	387
12. Legeforeningen og akademisk allmennmedisin i Bergen <i>Steinar Hunskår</i> . . . . .	391
13. Doktoravhandlingene 1972–2021: 102 disputaser <i>Kathy Ainul Møen og Eivind Meland,</i> <i>med bidrag av Steinar Hunskår</i> . . . . .	399
14. Ansatte 1972–2022 <i>Signe M. Zachariassen</i> . . . . .	414
15. Entreprenører i Bergens allmennmedisinske akademi. Steinar Hunskår i samtale med Edvin Schei <i>Edvin Schei</i> . . . . .	424
Forfattere . . . . .	432
Forkortelser . . . . .	435
Register . . . . .	437

# Forord

*Michael 2022; 19: Supplement 29, 9–10.*

Universitetet i Bergen og Det medisinske fakultet var 75 år i 2021. I de 26 første av disse årene var legeutdanningen uten et institutt for allmennmedisin. Det var heller ingen undervisning eller forskning i faget. I tråd med internasjonal og nasjonal utvikling fikk etter hvert faget allmennmedisin sine akademiske baser også i Norge, først i Oslo i 1968, deretter ved Universitetet i Bergen, der Institutt for almenmedisin ble åpnet 21. april 1972 i et nybygg i Ulriksdal 8c, med Sigurd Humerfelt som professor.

Denne boken er et forsøk på å oppsummere 50 år med akademisk allmennmedisin i Bergen. Hva skjedde – og når? Hva var de sentrale utviklingstrekkene og hvem var personene som deltok? En slik historie kan lages som et lite hefte eller som en tabell. Men for å få fortalt historiene med en detaljrikdom som gir mer kjøtt og blod til det som skjedde, har vi valgt en fortellende tilnærming og et mer omfattende bokformat.

Instituttets historie kan sies å ha fire faser. De to første er nær knyttet til periodens professor og instituttleder, som var Sigurd Humerfelt fra 1972 til 1984 og Per Fugelli fra 1984 til 1991. Den tredje fasen er den store utbyggingen av faget på 1990-tallet og inn i det nye årtusen. Den fjerde og foreløpig siste fasen fulgte etter og kan kalles en stabiliserings- og utviklingsfase, med mer forskning og nye deltakere i det store allmennmedisinske akademiske miljøet i Bergen.

Instituttene i Oslo og Bergen oppsto som et resultat av, og midt i, en krise for allmennmedisinen. Dette var sykehusenes tidsalder! Men både allmennlegene selv og ikke minst Den norske legeförening arbeidet målbevisst for økt kompetanse og status for allmennmedisin som fag. Videre- og etterutdanning var sentralt, men etter hvert også medisinstudiet og forskningen. Her var de allmennmedisinske instituttene sentrale virkemiddel.

Boken forteller historien om aktivitetene ved miljøet i Bergen. Men det er interessant å se hvordan den også speiler utviklingen av allmennmedisin generelt, både som helsetjeneste og akademisk fag. Enkeltpersoner har på vegne av instituttmiljøet hatt viktige roller i utviklingen av allmennmedisin i Norge. Spesialistutdanningen, fagets plass i medisinstudiet, utvikling og evaluering av fastlegeordningen, legevakt, kvalitetsarbeid, samhandlingsreformen og nå i 2022 diskusjonen om «fastlegekrisen» er områder der akademisk allmennmedisin både i Bergen og i landet ellers har hatt sterke stemmer, har gitt viktige innspill og bidrag, og har deltatt fra viktige posisjoner.

For allmennmedisin som et forskbart og forskningsbasert fag, har Bergensmiljøet levert mange viktige bidrag de siste 30 årene. Gjennom kurs og doktorgradsutdanning har vi bidratt til økt forståelse for og deltakelse i forskningsaktiviteter og akademisk virksomhet. Halvparten av de ca. hundre doktorandene har hatt bakgrunn fra klinisk virksomhet som allmennlege. Det er et betydelig bidrag fra universitetet til et praktisk fag!

Å samle historien mellom to permer har vært utfordrende, fordi kilde-materialet er usystematisk, mye er kastet og glemt, og sentrale personer er borte. Stoffutvalget kan derfor både virke litt tilfeldig og være noe mangelfullt på enkelte områder. I den digitale tidsalderen synes arkivfunksjonen å ha blitt mer eller mindre glemt. Likevel håper jeg at både eldre og yngre vil finne glede i dette forsøket på å skrive en samlet fortelling om hva akademisk allmennmedisin i Bergen har vært gjennom 50 år.

Vi er takknemlige for at boken kan utgis som et supplement i tidsskriftet *Michael*, som utgis av Det norske medisinske Selskab. Dette sikrer både et profesjonelt produkt, god utbredelse og ikke minst varig tilgang gjennom den digitale utgaven. Takk for all hjelp fra redaksjonen i *Michael*.

Takk også til faggrupelederne Esperanza Diaz og Thomas Mildestvedt, som har støttet prosjektet hele veien. Takk til kapittelforfatterne og til alle som har bidratt med faktasjekk og bilder.

God lesning!

Bergen, mars 2022

*Steinar Hunsbår*

# 1. Forhistorien: Langsamt ble faget vårt eget

*Michael 2022; 19: Supplement 29, 11–6.*

*Fra 1955 til 1965 sank antall leger i primærhelsetjenesten dramatisk og mange allmennleger måtte betjene en pasientpopulasjon på opptil 10 000 personer i store geografiske distrikter. Noen ildsjeler klarte imidlertid å få tid til å beskrive denne utviklingen og presentere de alvorlige prognosene som tegnet seg for primærhelsetjenesten. Det var ingen undervisning i faget allmennmedisin på universitetene, og det fantes ingen videre- eller etterutdanning i form av en organisert spesialistutdanning. Det var Den norske lægeforening som gjorde det mulig å endre dette. Gjennom målrettet arbeid og økonomiske virkemidler klarte legeforeningen å sette allmennmedisinen på kartet. Det var legeforeningen som grunnla de første allmennmedisinske instituttene, ikke universitetene selv.*

På 1960 tallet skjedde det en rivende utvikling i spesialisthelsetjenesten. Nye diagnostiske og terapeutiske framskritt kom i rask rekkefølge og virket stimulerende og tillokkende på nye medisiner. Helsevesenet utenfor sykehusene fikk i liten grad del i denne utviklingen. Forskjellen mellom det leger kunne utrette innenfor og utenfor sykehusene ble stadig større. Legene som jobbet i distriktene og ute blant befolkningen drev med «alminnelig medisin» i motsetning til spesialistene på sykehus. Det ble stadig mer faglig stimulerende å jobbe på sykehus, mens allmennlegene kjempet i motbakke med sviktende rekruttering, dårlige vaktordninger, dårlig økonomi og en følelse av å være annenrangs leger. Samtidig ble betydningen av primærhelsetjenesten etter hvert tydelig for sentrale helsemyndigheter og politikere. Generalisten ble funnet frem igjen og det ble en økende forståelse for at et helsevesen som først og fremst ble bygget opp rundt spesialisthelsetjenesten, var et dårligere helsevesen.

## Legeforeningen fremmer allmennmedisinen

Legeforeningen satte i 1965 ned en komite som skulle utrede allmennpraktiserende legers muligheter for videre og etterutdanning (Kringlebottenutvalget). I rapporten om «Legetjenesten og tannlegetjenesten» (1967) ble det blant annet foreslått at leger utenfor sykehus kunne slå seg sammen i gruppepraksiser med felles hjelpepersonell, det ble foreslått at leger utenfor sykehus skulle få tilbud om videre og etterutdanning og det ble for første gang foreslått å introdusere «almenmedisin» som undervisningsfag på universitetene.

Yrkesbetegnelsen viste seg å ha en viktig symbolfunksjon. I 1963 ble betegnelsen «alminnelig praksis» omdøpt til «*almenpraksis*», og de som jobbet med allmennpraksis fikk betegnelsen «*almenpraktikere*».

De økonomiske kårene ble bedre gjennom Pensjonsordningen for leger (1961) og Sykelønnsordningen for leger (1963). Det som kanskje hadde størst faglig betydning var opprettelsen av Fond for legers videre og etterutdannelse, «Fondet», som ble opprettet av legeforeningen i 1967. «Fondet» bidro med viktig økonomisk støtte til kursvirksomhet, studiereiser og små forskningsprosjekter.

Alment praktiserende lægers forening, Aplf, ble stiftet allerede i 1938, og kom til å spille en viktig rolle i utviklingen av faget, blant annet gjennom kursvirksomhet. De årlige ukeskursene på Beitostølen og Solstrand samlet leger fra hele landet til oppdatering av medisinsk praksis utenfor sykehus, stadig flere av foredragsholderne kom selv fra allmennpraksis, og pausene og middagene ga rom for diskusjoner, motivasjon og entusiasme som var sårt tiltrengt blant en presset gruppe leger som ofte arbeidet som solopraktikere. «Fondet» ga mulighet for at interesserte allmennleger kunne reise på studiereiser for å se hvordan faget ble organisert og drevet i land som England, Nederland og Danmark.

## Allmennmedisinsk forskning og undervisning

Forskning i faget var spredt og uorganisert. Allerede på 1950 tallet var det kommet noen få rapporter fra allmennpraksis om hvilke medisinske problemer som dominerer utenfor sykehus. Dette var kanskje ikke alltid forskning i streng vitenskapelig forstand, men heller systematiske beskrivelser av hva som skjedde på legekontorene og i sykebesøk. Fram til ca. 1970 skrev de par tusen norske allmennlegene bare 0–3 vitenskapelige artikler årlig. Men studiene var uansett viktig dokumentasjon i dialogen med sentrale helsemyndigheter. De ga informasjon om og forståelse for betydningen av diagnostikk og behandling utenfor sykehus, og at pasienter med alle typer plager og sykdommer har behov for lett tilgang til en kvalifisert førstelinjetjeneste.

Undervisning om allmennmedisin var helt fraværende i legeutdanningen, og ingen syntes å kjempe for det heller. Man mente at den sykehusbaserte utdanningen ga et tilstrekkelig grunnlag for «alminnelig praksis» og arbeid som turnuslege eller assistent hos distriktslegene.

Ved Universitetet i Bergen var det ingen sterke krefter som arbeidet for å fremme allmennmedisin som universitetsfag. Rektor og dekanus skyldte på den «budsjettmessige» situasjonen, men det var heller ingen vilje til å prioritere faget. Som vi skal omtale i kommende kapitler, fikk faget heller ingen lett start selv *etter* at Institutt for almenmedisin var opprettet.

### **Legeforeningen tar initiativ til og betaler for institutter for allmennmedisin**

Legeforeningen vart sterkt opptatt av allmennlegenes kår, inkludert det utdanningsmessige. I 1967 besluttet landsstyret å bevilge midler til det første institutt for allmennmedisin i Norden, ja selv i Europa fantes bare to, i Edinburgh og i Utrecht. Det var ikke enighet om *hvor* det nye instituttet skulle ligge, og krefter arbeidet for at begge de to fakultetene i Oslo og Bergen skulle få et institutt. Det hadde man imidlertid ikke penger til, og av «praktiske grunner» ble derfor det første lagt til Universitetet i Oslo (UiO). Instituttet ble lagt til området ved Røde Kors Klinikk, og åpningen var i 1968. I tillegg til en akademisk del ble det også etablert en gruppepraksis i tilslutning til instituttet. Gruppepraksisen skulle fungere som et klinisk verksted for allmennpraksis. Her skulle en utvikle nye driftsmodeller og nye behandlingsmetoder. Gruppepraksisen skulle også være en undervisningsarena for medisinske studenter.

Legeforeningen finansierte et gaveprofessorat for en periode 5 år med en forutsetning om at UiO etter dette overtok. Christian Borchgrevink, hematolog og indremedisiner fra Rikshospitalet, ble ansatt. Det var nok mange som mente at det burde være noen med bakgrunn fra allmennpraksis som fikk det første professoratet i allmennmedisin. Men tiden var ikke moden, ingen allmennlege var kvalifisert for slike akademiske stillinger.

#### *Så kom Universitetet i Bergen etter*

Allerede i 1968 var forberedelsen i gang i Legeforeningen for å opprette det neste instituttet. Man ville i første omgang forsøke å legge et slikt institutt til sykehusområdet på Haukeland, men det viste seg å være umulig, ved De prekliniske institutter på Årstadvollen var det heller ikke plass. Året etter kom det imidlertid et forslag fra Bergen Diakonissehjem som skulle bygge nytt «søsterhjem», et stort bygg med personalboliger for ansatte, med adresse Ulriksdal 8c. Prosjektet hadde kommet i store økonomiske vansker og de



*Figur 1: Ulriksdal 8c («Søsterbygg II») slik bygget fremstår i dag mellom det opprinnelige boligkomplekset til venstre og Service-Miljø-Undervisningsbygget-bygget (SMU) av nyere dato til høyre på bildet. Bygget er på 12 etasjer, der de to nederste var avsatt til instituttet. Det var to hovedinnganger, til venstre var inngangen til instituttet og legepraksisen og til høyre var inngangspartiet til trappehus og heis for de 10 etasjene med leiligheter. Bygget hadde 12 tre-roms, 55 to-roms og 8 hybelleiligheter. Det var opprinnelig planlagt 15 etasjer, men det ble ikke godkjent av kommunen. Omtrent samtidig ble sykehuset sterkt utvidet, fra 134 til 235 senger. Foto: Bergen Diakonissehjem.*

manglet over en million kroner. Etter forhandlinger gikk Legeforeningen inn med økonomisk støtte i form av å ordne lån til byggeprosjektet mot at det ble satt av lokaler til et institutt og en gruppepraksis i deler av bygget (figur 1).

I september 1969 tilbød Legeforeningen så formelt Universitetet et 5-års gaveprofessorat i medisin sammen med en kontorfullmektig. I tilknytning

## SLUTT PÅ LEGEFLUKT FRA ALMENNPRAKSIS:

# Nytt institutt for allmennpraksis i Bergen åpner store perspektiver

—Legeflukten — fra allmennpraksis til ordnede forhold på sykehusene — har vært markant den senere tid. Det har vært en interessant utvikling å konstaterer, men den har ført til store vanskeligheter — ikke minst for det legesøkende publikum, men også for legestanden selv, sier dosent dr. med. Sigurd Humerfelt i en samtale med «Bergens Tidende». I og med opprettelsen av et nytt institutt for allmennmedisin i Bergen fra neste sommer — nevnt i vår 2. utgave i går — håper man å demme opp for den uheldige utviklingen.

— Som situasjonen er i dag finnes ikke noe adekvat utdannelsstilbud for allmennpraktiserende leger, sier dosent Humerfelt. Det medisinske fakultet har 22 forskjellige fagområder, men allmennpraksis blir ikke regnet med her. Dermed er de allmennpraktiserende blitt hengende etter i utviklingen. De har heller ikke den etterutdanningsmulighet som sine kolleger på sykehusene og i de fleste tilfelle har de et helt annet og et større arbeidspress. På den bakgrunn må man forstå flukten inn til de ordnede forhold på sykehusene hvor den enkelte lege i langt større grad gies anledning til å realisere eventuelle planer.

—Kan ikke noe gjøres for å



Gruppepraksis er forutsetningen for det nye institutt for almenpraksis som nå blir opprettet i Bergen, sier dosent dr. med. Sigurd Humerfelt.

demme opp for denne utviklingen som vel må sies å være meget uheldig?

— Heldigvis er man begynt å reagere. Den norske Lægeforening tok for en tid siden initiativet til opprettelsen av et institutt for allmennmedisin i Oslo. I fjor sommer fikk Bergen et likrende tilbud som vi i første omgang måtte legge på is etter som det viste seg helt umulig å realisere et slikt institutt innenfor området til Haukeland sykehus.

Så ble en hjelpende hånd trukket fra Bergens Diakonissehjem. Det var et tilbud som kom over-

raskende og til beste for begge parter. Vi kunne hjelpe dem i store finansielle problem — vi fikk et sted å være. Når boligbygget på Haraldsplass står ferdig neste høst vil det nye Institutt for allmennmedisin legge beslag på sokkel-etasje og 1. etasje. Vi anser plasseringen av instituttet — innenfor et hospitalområde — som meget velegnet, sier dosent Humerfelt.

Instituttet for allmennmedisin vil bli ledet av en medisinsk professor og det vil få som sine viktigste oppgaver å undervise de medisinske studentene i virksomheten til en privatpraktiserende

lege. Dessuten skal professoren og hans stab være ansvarlig for den medisinske etterutdanning av de privatpraktiserende leger — et felt som til i dag har vært meget forsømt her i landet. Utenom dette skal instituttet drive forskning innen allmennmedisin.

Det blir et medisinsk institutt på samme linje som de andre institutter som til sammen utgjør Det Medisinske fakultet ved Universitetet i Bergen. Den juridiske lektoren de første fem år blir Den norske lægeforening, noe som kommer av at professoratet er et 5 års gaveprofessorat på 60.000 kroner som DNLF har gitt Universitetet i Bergen. Etter denne tid har Universitetet forpliktet seg til å drive instituttet videre, men står da fritt med hensyn til valg av lokaler, opplyser dosent Humerfelt.

—Forutsetningen har hele tiden vært at det ble etablert et system med gruppepraksis innenfor instituttet. Der finnes en rekke variasjonsmuligheter innenfor et slikt system, men her har vi samlet oss om et team på fire leger. Dermed vil vi oppnå en viss vekselvirkning — studentene vil få se og erfare hvorledes systemet virker i praksis, og vi mener også å avhjelpe den prekære legesituasjonen i søndre bydel gjennom dette legesamarbeidet, sier dosent dr. med. Sigurd Humerfelt som tror de dager er talte da den privatpraktiserende lege kunne sitte alene på sitt kontor. **frimann**

*Figur 2: Oppslag i Bergens Tidende 27. mai 1970. Dosent dr. med. Sigurd Humerfelt blir intervjuet om det nye instituttet som skal komme. Han var leder i studieplankomiteén ved Det medisinske fakultet og frontet saken også før han var tilsatt som professor. I overskriften slår avisen til med at instituttet skal stoppe legeflukten fra allmennpraksis! Kilde: Nasjonalbiblioteket.*

til gaven ville foreningen opprette et eget Institutt for almenmedisin. Universitetet i Bergen tok med glede imot gaven, vedtaket ble gjort i løpet av 16 dager! Universitetet forpliktet seg til å overta ansvaret etter fem år.

Målsetningen med opprettelsen av Institutt for almenmedisin i Bergen var først og fremst å undervise medisinske studenter. Dessuten skulle instituttet organisere og drive etterutdanning av leger som arbeidet i primærhelsetjenesten. Det tredje arbeidsområdet til instituttet skulle være forskning på problemstillinger hentet fra allmennpraksis (figur 2).

For sikre best mulig kvalifiserte søkere som professor ble det utlyst to professorstipend. Det meldte seg fem søkere, hvorav to fra Norge. Det ble



nedsett en bredt sammensatt sakkyndig komite, som endte med at overlege og dosent Sigurd Humerfelt ved Medisinsk avdeling A ved Haukeland sykehus ble utnevnt til professor i allmennmedisin med virkning fra 1. januar 1972.

## Litteratur

- Bentsen BG. Forskning i allmennpraksis. Den store utfordringen. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1988; 108: 2581-5.
- Christie F, Westin S. Allmennmedisin som fag. Fra filologisk umulighet til fullverdig spesialitet. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1988; 108: 2586-90.
- Evensen SA, Gradmann C, Larsen Ø, Nylenna M (red.). Allmennmedisin som akademisk fag. *Michael* 2009; 6: 11-126.
- Fugelli P. Allmennmedisin som universitetsfag. Fra Marseillaisen til sangen om de nære ting. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1988; 108: 2591-4.
- Fugelli P, Johansen K(red.). *Langsomt blir faget vårt eget. Festskrift til Christian F. Borchgrevinks 60 års dag og Sigurd Humerfelts 70 års dag*. Oslo: Universitetsforlaget, 1984.

## 2. Institutt for almenmedisin 1972–1984: Nybrotsarbeid og forsiktig start

*Michael 2022; 19: Supplement 29, 17–8.*

*Instituttets historie kan inndeles i ulike tidsperioder eller epoker. Forhistorien ble omtalt i kapittel 3. Perioden 1972–1984 kan med rette kalles Sigurd Humerfelt-perioden. Han startet å bygge instituttet med et nytt bygg, alene i vitenskapelig stilling, men med mange planer. Tolv år senere kunne han pensjonere seg, vitende om at noe var oppnådd, men at det var langt igjen.*

Denne delen av boken innrammes av omtale av to veldig hyggelige begivenheter: Åpningen av instituttet 21. april 1972 og gjennomføringen av 2. Nordiske kongress i allmennmedisin 17.–20. juni 1981. Hoveddelen er en omtale av instituttets virksomhet, med vekt på organisasjon og drift, ansatte, forskning, undervisning og videre- og etterutdanning (figur 1). Stoffet er i hovedsak hentet fra dokumenter, avisoppslag og annet skriftlig materiale, spesielt fra årsmeldingene som ble trykket i Universitetets årbok.

En minibiografi over Sigurd Humerfelt synes vi også fortjener sin plass. Og vi har omtale av det elektroniske journalsystemet Infodoc, et ektefødt barn av instituttmiljøet.

Instituttets tolv første år med Sigurd Humerfelt som styrer var en periode preget av pågangsmot og engasjement for en god sak; å sette allmennmedisinen på kartet ved fakultetet i Bergen både når det gjaldt undervisning og forskning. Det var betydelige startvansker og dels motstand mot å gi instituttet det som trengtes for å nå målene. Undervisningen kom sakte i gang, men den var frivillig og ikke omfattende. Praksis i form av opphold hos allmennleger og distriktsleger var i starten bare et par dager. Det var ingen eksamen.

Videre- og etterutdanning for allmennleger var et prioritert område, og her hadde instituttet en betydelig virksomhet, ressursene tatt i betraktning.

# Almenmedisinsk Institutt så smått i gang i morgen

Fra og med i morgen 1. februar, kommer Institutt for Almenmedisin i Bergen så smått i drift, forteller professor dr. med. Sigurd Humerfelt til «Bergens Tidende». Da flytter nemlig den første av de fire legene som skal virke i gruppepraksis, dr. Peer Høvik, fra sine tidligere kontorer på Danmarks plass og til de nye lokaler. Men foreløpig blir driften begrenset ved det nye instituttet, slik at vi ikke kan ta i mot pasienter uten videre. Først i mai regner vi med å være i full drift.

Instituttet for Almenmedisin er nå under etablering i Ulrikedal 8c, i den såkalte «Søsterbolig II» ved Bergens Diakonissehjem på Haraldsplass. Instituttet skal ha de to laveste etasjene i husblok-



Professor Sigurd Humerfelt prøver et av de nye legekontorene.

*Figur 1. Nyhetsartikkel i Bergen Tidende 31. januar 1972 om instituttet som skal starte opp. Kilde: Nasjonalbiblioteket.*

Flere av allmennlegekursene er i drift den dag i dag, om enn i nye former og navn.

Forskningen led under ressursmangel og tid. Begge de fast ansatte var indremedisinere, og dette satte også sitt naturlige preg på interessefeltene. Først på slutten av perioden ser vi tendenser til allmennmedisinsk vinklet forskning, selv om ambisjonene var til stede fra starten.

Da Humerfelt overlot roret til Per Fugelli 1. september 1984, måtte han erkjenne at mye var tenkt, en god del var planlagt, men at mye gjensto å gjennomføre.

## 2.1 Den offisielle åpningen av instituttet 21. april 1972

*Michael 2022; 19; Supplement 29; 19–25.*

*Fredag 21. april 1972 var endelig dagen kommet for den offisielle og høytidelige åpning av Institutt for almenmedisin ved Universitetet i Bergen. Det var Den norske lægeforening, eier av instituttet, som var vert for åpningshøytideligheten. I dette kapitlet omtales åpningshøytideligheten, men først og fremst kan vi presentere bildemateriale og avisomtaler. Tidsskrift for Den norske lægeforening omtalte åpningen over hele fem sider. Blant annet ble tre av talene gjengitt i sin helhet.*

Av invitasjonen fra legeforeningen fremgår det at arrangementet skulle foregå i Bergen Diakonissehjems forelesningssal ved Sykepleierskolen kl. 13.00 og var antatt å vare en times tid. Deretter ville det bli anledning til å se instituttets lokaler, og det ville bli enkle forfriskninger.

Om lag 50 personer ble invitert, og de fleste møtte. Legeforeningen var sterkt representert ved presidenten, reservelege Jon Skåtun, generalsekretær Odd Bjercke, kontorsjef Øivind Christensen, avdelingssjef Helge Hofsten og redaktør Einar Johannessen (senere mangeårig i NRK) som refererte for legetidsskriftet. Universitetets og fakultetets faglige og administrative ledelse var representert med rektor Arne-Johan Henrichsen, dekanus Torstein Bertelsen og en rekke administrative ledere. Bergen kommune stilte med ordfører Ole Myrvoll og varaordfører og overlege Eilert Eilertsen og en stor delegasjon administrative. De to andre professorene i allmenmedisin i Norge, Christian Borchgrevink (UiO) og Victor Lindén (UiTø), var begge til stede. Ellers var der fylkeslege, arkitekt, mange fra Bergen Diakonissehjem og sykehuset, samt alle instituttets ansatte. Helsedirektør Karl Evang var invitert, men meldte forfall.

Det var tre hovedtalere. Presidenten i legeforeningen, Jon Skåtun, la vekt på de store utfordringene i norsk allmenmedisin som instituttet skulle

## INSTITUTT FOR ALLMENNEMEDISIN 'ÅPNET:

# «Tredelt oppgave, undervisning, forskning og praktisk legearbeid»



Fire av legene på det nye instituttet, fra venstre Peer Høvik, professor Sigurd Humerfelt, Jon Efskind og Kjell Johansen. Egil Fuglum var fraværende ved innvielsen i går.

— Instituttet for almenmedisin får tre oppgaver, undervisning, forskning og praktisk legearbeid ved gruppepraksis. Undervisningen vil konsentrere seg om studentenes grunnutdanning, en praksisorientert undervisning hvor de vordende leger vil få studere sykdommer som de vanligvis ikke får se i hospitalene, og de får en retledning i hvordan moderne praksis drives.

Det er også meningen at distriktlegene i områdene rundt Bergen skal trekkes inn i denne undervisningsform, sa styren for instituttet, professor dr. med. Sigurd Humerfelt ved den offisielle åpning i går.

Instituttet vil også ta seg av videre- og etterutdanningen av de ferdige leger. Forskningsprogrammet må utvikles gradvis, en rekke oppgaver innen den primære helsetjeneste trenger nærmere analyse, fremholdt professor Humerfelt. De stadig stigende utgifter til vårt helsevesen setter krav til prioritering av våre ressurser. De nye tekniske hjelpemidler og diagnostiske metoder som tas i bruk av våre hospitaler finner etter hvert sin plass hos den privatpraktiserende lege, det samme gjelder nye behandlingsmetoder.

Studier av vårt sykdomspanorama er særlig viktig: De kroniske sykdommer, hjerte-karsykdommene, og de eldres helse og

velferd er en utfordring til vårt helsevesen.

I gruppepraksisen har Bergen fått tilskudd av fire dyktige allmennpraktiserende leger som vil arbeide fram en allmennpraksis etter en så optimal standard som mulig. Man vil nå forsøke å legge opp en modell av den primære helsetjeneste innenfor Årstad menighet, kartlegge den helse-service som denne befolkning har, og om mulig beregne omkostningene.

Instituttet har fått sine lokaler i Diakonissekykehusets anlegg på Haraldsplass, og innvielsen i går skjedde i nærvær av en rekke innbudte. Ettersom instituttet er kommet i stand ved midler fra Den Norske Lægeforenings fond til etterutdanning og ved gaveprofessorat fra foreningen var den representert både ved presidenten, reservelege Jon Skaathun og generalsekretæren, Odd Bjercke. I sin tale ved åpningen pekte dr. Skaathun på at man i en rekke år har hatt for få leger, særlig allmennpraktiserende. Lægeforeningen har vært sterkt opptatt av disse spørsmål, og det var stor glede da man i 1967 klarte å skaffe midler til det første institutt. Det var da bare to tilsvarende i Europa. Skaathun takket Diakonissekykehuset for velvilighet og positiv innstilling, og håpet instituttet måtte bli til beste for pasientene. Rektor ved Universitetet i Bergen, professor Arne Henriksen, pekte på at tallet på allmennpraktiserende leger stadig var sunket, også sammenliknet med legetallet ellers. Det ser ut til at denne tendens er kulminert, men det trenges tiltak til å stimulere legetilgangen. Han mente lægeforeningen hadde vist fremsyn og initiativ slik at alle våre tre universiteter i dag har professorer i allmennmedisin. Professor Humerfelt takket alle de som hadde medvirket til det gode resultat.

— Bare 10–15 prosent av pasientene havner på sykehus, for de øvrige blir pasientene tatt hånd om av de privatpraktiserende leger, sier professor Humerfelt, og dermed får studentene ikke se mange sykdommer i sykehusene. Studentene trenger et addendum i sin utdanning. Her skal de få se det vanlige menneske oppsøke en vanlig lege.

Etterutdanningen av leger kan vi ikke ordne alene, men i samarbeid med universitetet. Forskningen må utvikles gradvis, vi bruker 13–14 milliarder kroner totalt i helsetjenesten, her er opplagt forskningsoppgaver å ta fatt på. Når det gjelder gruppepraksisen må vi samarbeide med helserådet og sosialvesenet.

Vi er allerede godt i gang med gruppepraksisen, men tar fremdeles i mot pasienter. Om fjorten dagers tid skulle vi være fullengsjert her, og vi kommer til å gi god og effektiv service. Det er meningen å komme i gang med legeservice fra 8.30 til 18, da sykebesøksformidlingen trer i virksomhet. Ellers vil jeg gjerne ha nevnt at ettersom spesialiseringen stadig fører til mer oppdeling, blir det større behov for noen som ser helheten, for allmennpraktikere.



Figur 1: Bergens Tidende rapporterer fra åpningen. Faksimile fra 22. april 1972.

være med å løse. Legeforeningen hadde støttet en rekke tiltak til beste for faget, opprettelsen av allmenmedisinske institutter var bare et i rekken. Han gratulerte professor Humerfelt med stillingen, som han hadde «fått i verdig konkurranse». Og så ble instituttet overlatt til Universitetet i Bergen. Rektor Arne-Johan Henrichsen holdt en kort tale der legeforeningen ble takket «for at den så generøst har satt vårt medisinske fakultet i stand til å ta opp denne nye og betydningsfulle oppgaven».

Sigurd Humerfelt gikk i sin tale gjennom historien frem til denne gledens dag for både legeforeningen og fakultetet. Han la avgjørende vekt på behovet for å satse på allmennlegenes videre- og etterutdanning, samt å starte studentundervisning i allmenmedisin. Studentene måtte få innblikk i de sykdommene som de vanligvis ikke fikk se i hospitalene, og de skulle få veiledning i hvordan moderne allmennpraksis skal drives. Forskningen måtte utvikles gradvis, og Humerfelt så for seg flere satsingsfelt, blant annet helseøkonomi, diagnostiske metoder, studier over sykdomspanoramaet utenfor sykehus, samt sosialmedisinske problemstillinger. Han la også vekt på gruppepraksisens betydning for Bergen by, som hadde mangel på leger, og antydte at praksisen skulle prioritere det geografiske nærområdet når det gjaldt pasienter og også mulige forskningsprosjekter.



*Figur 2. De tre professorene i allmenmedisin i 1972. Fra venstre Sigurd Humerfelt, Christian Borchgrevink (UiO) og Victor Lindén (UiTø).  
Foto: Privat.*



*Figur 3: Mottakelse hjemme hos Humerfelt etter åpningen. Stående bak fra venstre: Einar Johannessen (legeforeningen), Gudda Humerfelt, Helge Hofsten og Øivind Christensen fra legeforeningen. Rundt bordet i front og videre venstre: Professor Martin Seip (UiO), Odd Bjercke og Jon Skåtun (legeforeningen), Sigurd Humerfelt, Christian Borchgrevink (Uio), Victor Lindén (UiTø) og stadsfysikus i Bergen Else Johanning. Foto: Privat.*

*Figur 4:  
Legeforeningens  
president,  
Jon Skåtun,  
i samtale med  
overlege og  
varaordfører  
i Bergen, Eilert  
Eilertsen (til  
venstre).  
Foto: Privat.*



Åpningsseremonien ble dekket av *Bergens Tidende*, *Morgenavisen* og *Dagen*, og det foreligger også noen bilder fra arrangementet (figur 1–4).

### Lokalene

Instituttets lokaler var i byggets to nederste etasjer. I sokkeletasjen (237 kvm) var det et venterom, forkontor for professor og så kontoret for universitetsansatte i rekke ut mot parkeringsplassen. Til slutt kom instituttets bibliotek, som også var møterom og lunsjrom med minikjøkken. På baksiden av midtkorridoren var det sanitærrom og diverse lagerrom samt tekniske rom, alle uten vindu.

I andre etasje (290 kvm) holdt gruppepraksisen til, med stort venterom, resepsjon, fire legekontorer med forkontor i front, og laboratorium og skrive-stue bak mot terrenget opp mot Ulriken. Lokalene gikk ikke langs hele fasaden, da det var en 3-roms leilighet på 90 kvm på enden av etasjen. Av hensyn til det visuelle inntrykket av bygget hadde samtlige legekontorer utgangsdør til egen balkong, på lik linje med leilighetene i resten av huset.

### Kunstnerisk utsmykning

Rektor Carl Runar Børresen ved Bergen kunsthåndverkskole var kunst-konsulent for lokalene. Det ble kjøpt inn en god del kunst i form av grafikk for å utsmykke både fellesarealer og enkeltkontor (figur 5). Det er imidler-tid to svært store vegghengte keramikkarbeider, «*Sol*» og «*Uten tittel*» som først og fremst huskes fra instituttet (figur 6 og 7). Begge er utført av Eva Børresen, Carl Runar Børresens kone, som er en anerkjent keramiker.



Figur 5: Det ble innkjøpt en lang rekke kunstverk som utsmykning av instituttets lokaler og kontorer. Her er fire grafiske blad av kunstneren Harald Løseth (f. 1948). De fire motivene er laget som illustrasjoner til den berømte novellen «*Forvandlingen*» av Franz Kafka. Novellen er nylig omtalt i Tidsskriftet (Tuft, 2019). Foto: Arnegeir Berge.





*Figur 6. «Sol», keramikkarbeid av Eva Børresen, laget til åpningen av instituttet. Kunstverket hang i legesenterets lokaler. Det ble ikke tatt med ved flyttingen til Kalfarveien, men ble funnet i noe forkommen tilstand stående ute på en balkong i Ulriksdal 8c i 2012. En redningsaksjon ble satt i gang, og kunstverket er sikret for ettertiden. Foto: Arngeir Berge.*

## Litteratur

- Institutt for almenmedisin i Bergen åpnet. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1972; 92: 1216-20.  
Johannessen E. Vi intervjuer: Sigurd Humerfelt. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1972; 92: 1205-7.  
Tuft M. Forvandlingen. *Tidsskr Nor Legeforen* 2019; 139: 641-2.



*Figur 7: «Uten tittel», keramikkarbeid av Eva Børresen, laget til åpningen av instituttet. Kunstneren opplyste i 2004 at arbeidet tok utgangspunkt i stikkordene «hus» «ansikt» og «barn». Kunstverket hang i instituttets møterom, senere i den nye kantinen. Det ble tatt med til Kalfarveien 31, og hang der i lunsjrommet til Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. Det har per januar 2022 ikke blitt utstilt i Alrek helseklynge. Eva Elisabeth Børresen, f. Hecker, ble født i Berlin i 1920. Hun har utdanning fra Stuttgart 1937–1939 og senere Sverige og England. Hun hadde verksted i Oslo fra 1946, senere i Trondheim og Bergen. Produksjonen spenner fra bruksgjenstander i keramikk til store dekorative arbeider. Hun arbeidet ofte i et nonfigurativt språk, med grov og rustikk form. Hun har hatt en rekke separatutstillinger i Norge og i utlandet. På Vestlandet har hun stått for mange offentlige utsmykningsarbeid, blant annet ved UiB, Bergen diakonissehjem, Os sjukeheim og Florida sykehus. Hun oppnådde gullmedalje på Triennalen i Milano 1954 og honorert utkast i konkurransen om utsmykking av hovedtrappen i Stortinget i 1958. Hun var gift med interiørarkitekt og møbeldesigner Carl Runar Børresen (f.1912 i Sverige, død 1983), som blant annet var rektor ved Bergens Kunsthåndverkskole. De opplevde begge Krystallnatten i Tyskland i 1938, og flyttet til Oslo i 1939. Eva Børresen har senere vært aktiv i arbeidet mot rasisme. I mange år har hun vært bosatt i Fredrikstad. Når dette skrives, er hun, etter det vi vet, fortsatt i live, 101 år gammel. Foto: Arngeir Berge.*

## 2.2 Sigurd Humerfelt – en allmennmedisinsk biografi<sup>1</sup>

*Michael 2022; 19: Supplement 29, 26–32.*

*Sigurd Humerfelt (1914–2000) satte spor etter seg både før, under og etter sin tid som den første professor i allmennmedisin ved Universitetet i Bergen. I dette kapitlet gir vi en oversikt over hans liv og virke.*

Sigurd Humerfelt ble født på Hamar i 1914 og tok medisinsk embetseksamen i 1942 (Tabell 1). I studietiden deltok han aktivt i forsvaret av Norge under tyskernes invasjon våren 1940, og i 1945 fikk han krigsdeltakermedaljen for sin innsats.

### **Indremedisiner med brede interesser**

Etter noen år som underordnet sykehuslege ble han i 1947 lærer ved Fysiologisk institutt, Universitetet i Oslo, og kom så til Indremedisinsk avdeling ved Haukeland Sykehus året etter. I 1964 ble han dosent i indremedisin ved Det medisinske fakultet, og underviste legestudentene på Haukeland i kardiologi og generell indremedisin. Han var en sentral person under oppbyggingen av den indremedisinske universitetsklinikken i en tid da bevilgningene var små og vanskene mange (figur 1 og 2).

Han reiste til England i 1961 og studerte statistikk og epidemiologi ved London School of Hygiene and Tropical Medicine. Sammen med medarbeidere gjennomførte han den store og verdenskjente blodtrykkundersøkelsen blant Bergens befolkning. Dette ble et grunnleggende arbeid i blodtrykkssykdommens epidemiologi, og har dannet mye av grunnlaget for senere forskning i Bergen omkring blodtrykkssykdom. Hans eget doktorarbeid, «An epidemiological study of high blood pressure with special refe-

---

<sup>1</sup> Dette kapitlet bygger på vårt minneord trykt i *Utposten*, samt årsmeldinger og andre kilder fra Humerfelts tid som professor i allmennmedisin.

Født på Hamar 23. januar 1914, døde i Bergen 30. oktober 2000, 86 år gammel  
Artium 1932 ved Hamar offentlige høyere almen skole  
Medisinsk embetseksamen ved Universitetet i Oslo i 1942, startet i 1932 og hadde 2,5 venteår i løpet av studiet  
Underordnet lege ved sykehus i Hamar, Trondheim, Porsgrunn og Oslo 1942–1947  
Til Indremedisinsk avdeling ved Haukeland Sykehus 1948  
London School of Hygiene and Tropical Medicine 1961  
Doktorarbeid 1965: An epidemiological study of high blood pressure  
Dosent i indremedisin Universitetet i Bergen 1964  
Kst. distriktslege i Askøy 1970–71  
Første professor i allmenntilleggsmedisin ved Universitetet i Bergen 1972–1984  
Æresmedlem av Norsk Hypertensjonsforening, International Hospital Federation og Norsk Forening for Helsetjeneste.  
Ridder av 1. klasse av St. Olavs Orden 1982, blant annet for sin innsats til utviklingen av norsk allmenntilleggsmedisin  
Krigsdeltakermedaljen med rosett i 1945 for innsats under krigen

*Tabell 1: Sigurd Bjarne Humerfelt. Hovedpunktene i hans profesjonelle liv*

*Figur 1: Sigurd Bjarne Humerfelt.  
Foto: UiB.*





*Figur 2: Sigurd Humerfelt underviser legestudentene i indremedisin ved Haukeland sjukehus, bildet trolig tatt rundt 1970. Foto: UiB.*

rence to the influence of blood pressure and age on cardiac signs and symptoms», ble forsvart i 1965.

Humerfelt spilte en stor rolle i planleggingen av medisinstudiet i Bergen og var formann i studieplankomiteén i hele 11 år, fra 1958 til 1969, hvorav seks år som leder. Han satt i utvalget som utredet klinisk legestudium i Trondheim og i programkomiteen som planla den første studieplanen der.

### **Til allmennmedisinen**

Humerfelt ble etter hvert en ivrig talsmann for at allmennmedisin burde inn i studieplanen som eget fag. I en alder av 57 år bestemte han seg for å si ja til å bygge opp faget allmennmedisin i Bergen, og han søkte og fikk først et professorstipend og deretter professorstillingen, slik at han fra 1972 ble den første professor i faget ved Universitetet i Bergen, en stilling han hadde fram til pensjonsalder i 1984. Før tiltredelsen hadde han også et vikariert som distriktslege på Askøy utenfor Bergen i fire måneder. Han hadde før dette ikke hatt noen stilling i primærhelsetjenesten, heller ikke turnus-tjeneste.

Han har selv fortalt om hva som fikk han til å søke professoratet i allmennmedisin:

*«– Det var tre avgjørende momenter. For det første lå mine viktigste vitenskapelige arbeider innenfor det epidemiologiske området. Jeg var vel en av de første norske indremedisinere som gikk inn for en epidemiologisk skoleing. ... For det annet var jeg i 6 år formann i Studieplankomiteen. Allmennmedisinen var da på vei inn i medisinstudiet i flere land, som USA, England og Holland. Takket være et reisestipendium fikk jeg førstehånds kjennskap til disse nye retninger innen akademisk medisin. For det tredje må jeg nevne tillitsvervene. På denne tiden var legeforeningen særlig interessert i allmennpraktikernes status og arbeidsområde.»*

Humerfelt kom fra indremedisinen til allmennmedisinen. Det var en vanlig karrierevei for allmennmedisinprofessorer i Norden i første generasjon. I Sverige har denne tradisjonen fortsatt til nylig. Det farget nok noe av aktivitetene ved instituttene de første tiårene, med en sterk understrekning av undervisning og ofte epidemiologisk vinklet forskning, mens de særegne kliniske aspektene oftere kom i bakgrunnen.

#### *Prioritering av grunn-, videre- og etterutdanning*

På tross av sin beskjedne bemanning spilte instituttene en aktiv rolle i utviklingen av norsk allmennmedisin på 70-tallet. Hummerfelt var særlig opptatt av allmennlegers videre- og etterutdanning og bidro dermed til å gi faget sin identitet. Han var leder i kurskomiteen ved fakultetet 1974–1984, og et stort antall kurs utgikk fra instituttet, en tradisjon som har holdt seg helt til det siste. Spesielt vil vi nevne at han var med og startet flere ukekurs i samarbeid med spesialistene på sykehus. Dette var nytt på den tiden, og medførte økt gjensidig forståelse for fagene. Han medvirket til de såkalte «lørdagskursene», en kurs- og møteserie med faste møter om lørdagene.

Nasjonalt arbeidet han aktivt for å få i gang legeforeningens pedagogiske avdeling. Han satt i Fondsstyret i årene 1968–1981 og i Rådet for videre- og etterutdannelse av almenpraktiserende leger 1969–1973. Hummerfelt deltok internasjonalt i danningen av den såkalte Leeuwenhorstgruppen (forløperen til dagens EURACT innen WONCA) og arbeidet der med definisjonen av faget allmennmedisin, målsetting, innhold og metoder i etterutdanningen og fagets organisering i samfunnet. Han var også aktiv deltaker i Nordisk Føderasjon for Medisinsk Undervisning.

Humerfelt var opptatt av at allmennmedisinen måtte få sin egen litteratur, basert på fagets egne premisser. I 1979 ble det laget en allmennmedisinsk prøveserie i Tidsskriftet, der instituttet i Bergen deltok. Dette var på mange måter en forløper til dagens handlingsprogram, men tiltaket ble ikke videreført. Både for kliniske yringsformer og for laboratoriebruk forsto Hummerfelt at allmennpraksis var ulik sykehuspraksis, og at undervisningen måtte understreke at allmennmedisinen har sine egne prinsipper for diag-

nostisk og terapeutisk arbeid. I tråd med dette ble det lagt ned et stort arbeid i å lage skriftlige grenseoppganger mellom allmennpraksis og spesialistmedisin. En serie hefter ble utgitt av Legeforeningen, og Humerfelt var en aktiv pådriver i arbeidet. Heftene skulle gi råd om hva som var allmennpraktikernes og spesialistenes domene. På den måten understreket de også allmennmedisinen som et eget fag.

Han så teknologiens inntog i allmennpraksis som både en velsignelse og en utfordring. Etter som apparater ble enklere, billigere og skreddersydd for legekantoret, kunne de overtas av allmennlegene. EKG og rektoskop ble for eksempel etter hvert vanlig på allmennlegekontorene.

Men det var særlig på ett område Humerfelt skjønnte at en ny tid ville komme, nemlig bruken av edb i kontorrutiner og journalsystemer. I Bergen var det en gruppe leger som var svært opptatt av dette, og som satte i gang utviklingsprosjekter. Med utgangspunkt i legesenteret ved instituttet ble det første edb-baserte journalsystem utviklet. Pasientene måtte venne seg til at legen hadde deres journal på åtte tommers disketter som hver rommet noen få pasientjournaler. Dette var forløperen til det senere Infodoc-systemet (se eget kapittel).

Helt fra starten av sin funksjon som professor i allmennmedisin var Humerfelt opptatt å styrke undervisningen i kommunikasjon og medisinske atferdsfag. Det viste seg imidlertid vanskelig å få gjennomslag for disse nye ideene, og ikke minst om hva det såkalte «atferdsfaget» skulle inneholde. Han mente at dette ikke først og fremst var allmennmedisinens anliggende, men et felles ansvar for studieplanen. Fra midten på 1970-tallet kom noe undervisning i gang, men først etter hans tid er kommunikasjonsundervisning av noe omfang blitt en realitet.

### *Forskningen*

Humerfelt hadde solid bakgrunn i egen forskning, men forskningen ved instituttet måtte til en viss grad lide i oppbyggingsårene. Det kom relativt få publikasjoner, spesielt internasjonale, fordi kreftene ble brukt på undervisning og fagutvikling. Det betyr ikke at man ikke så verdien av forskning eller at man ikke stimulerte andre. I 1974 ble Allmennmedisinsk forskningsutvalg etablert i samarbeid mellom instituttene, APLF og OLL. Utvalget kan ses på som en forløper til Norsk selskap for allmennmedisin (NSAM) som senere ble til Norsk forening for allmennmedisin (NFA). Humerfelt var også sentral i etableringen av de årlige felles allmennmedisinske instituttmøtene, en tradisjon som er høyst oppegående den dag i dag.

Få andre medisinske fagområder, om noen, har så tett samarbeid nasjonalt som allmennmedisin. Økende forskningsinnsats og bedre dokumenta-

sjon av faget ga grunnlaget for ideen om en egen nordisk allmennmedisinsk forskningskongress. Den første ble avholdt i København i 1979, der Humerfelt var aktiv deltaker og møteleder. Det ble der bestemt at neste kongress skulle holdes i Bergen.

2. Nordiske kongress i Bergen 1981, med Sigurd Humerfelt som president, ble en faglig, sosialt og meteorologisk meget vellykket kongress. En rekke gode faglige foredrag, kurs, postere med presentasjon av allmennmedisinsk forskning og utstillinger satte standard for kommende kongresser. Helt til det siste har deltakere ment at Bergenskongressen var den beste noensinne. Ikke minst blir vi stadig minnet av allmennpraktikere fra hele Norden om den storslåtte festmiddagen i Håkonshallen. Et slikt arrangement involverte mange personer, og et stort antall allmennpraktikere var med på planleggingen. Fruktene av slikt arbeid kan måles mange år etterpå. Kongressen er omtalt i eget kapittel senere i boken.

### *Nasjonale og internasjonale verv*

Humerfelt hadde mangeårige tillitsverv i ulike organisasjoner og foreninger, som Nasjonalforeningen for folkehelsen, Det norske råd for hjerte- og karssykdommer og Den norske lægeforening, i den siste var han medlem i sentralstyret 1962–1967.

Han var aktiv i Den norske sykehusforening som styremedlem 1968–1974 og som formann 1974–1978. Dette var utgangspunktet for et stort internasjonalt engasjement, også etter at han var professor i allmennmedisin. Han ble med i styret i International Hospital Federation fra 1973, og ble etter hvert president i organisasjonen og fikk ansvar som leder for store internasjonale kongresser i Oslo (1979), Rio de Janeiro (1980) og Sydney (1981).

### **Pensjonisttid**

Etter at Humerfelt gikk av i 1984, var han en aktiv professor emeritus i mange år. Han fortsatte som allmennlege 1–2 dager i uken ved et legekontor i Fyllingsdalen i en del år, og var også tilsynslege. Han hadde fortsatt en rekke verv og oppdrag de neste årene. Han var engasjert i medisinen og undervisning til det siste, og var en flittig, noterende og engasjert deltaker på faglige møter. Ved instituttets 25 årsjubileum i 1997 var han hedersgjest, og vi vet han gledet seg over utviklingen ved instituttet etter hans tid.

Alle som møtte Sigurd Humerfelt husker hans vitalitet og energi. I hele sitt lange virke som lege praktiserte Sigurd Humerfelt den form for kommunikasjon i lege-pasientforholdet som vi i dag prøver å lære framtidige leger.





Figur 3: Forsideoppslag om legestudiet i Bergens Tidende 30. oktober 2000. Hovedartikkelen på side 2 handler om et nytt kurs i psykoterapi i psykiatriterminen i medisinstudiet ved UiB, ledet av professor Fred Holstein. Kilde: Nasjonalbiblioteket.

Humerfelt døde brått 30. oktober 2000, 86 år gammel. Den morgenen han døde, hadde han nettopp lest en reportasje i *Bergens Tidende* om kommunikasjonsundervisningen for legestudentene (figur 3).

## Litteratur

- Hunskår S, Haug K. Sigurd Humerfelt (1914–2000) og akademisk allmenmedisin i Bergen 1972–1984. *Utposten* 2001; 30 (2): 16-8.
- Johannessen E. Vi intervjuer: Sigurd Humerfelt. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1972; 92: 1205-7.
- Sulheim O. Sigurd Humerfelt. I: Fugelli P, Johansen K (red.). *Langsomt blir faget vårt eget. Festskrift til Christian F. Borchgrevinks 60 års dag og Sigurd Humerfelts 70 års dag*. Oslo: Universitetsforlaget, 1984.
- Sulheim O, Johansen K. Hypertensjon. Utredning og behandling i almenpraksis. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1979; 99: 1723-7.

## 2.3 Instituttet og virksomheten 1972–1984

*Michael 2022; 19: Supplement 29, 33–42.*

*Da Sigurd Humerfelt begynte som professor i starten av 1972, var han alene som universitetsansatt. Da han gikk av 12 år senere, var det to faste stillinger, en stipendiat og to hjelpelærere. Forventningene og ambisjonene var høye, men ressursene små. Kurstilbud i legers videre- og etterutdanning ble en prioritert innsats, sammen med planer for undervisning av legestudentene. Lokale allmennleger ble tilknyttet instituttet som hjelpelærere og organiserte sammen med legesenteret frivillig undervisningstilbud til studentene med praksisbesøk og ekskursjoner, etter hvert supplert med forelesninger. Langsomt kom instituttet i gang med allmennt medisinsk forskning, først med mindre prosjekter der hjelpelærerne tok initiativ.*

Institutt for almenmedisin (IAM) var en gave fra Den norske lægeforening, og innbefattet driften av instituttet, lønn til en professor og en amanuensis og en kontorfullmektig. Forutsetningen var at Universitetet i Bergen etter fem år skulle overta ansvaret for drift og økonomi. I tillegg fulgte romslige midler til drift av legesenteret som var tilknyttet instituttet. De fire legene hadde spesialavtale med legeforeningen, og det ble gitt store tilskudd til hjelpepersonell, da gruppepraksisen skulle være et modellverksted for moderne legepraksis. Legeforeningens støtte til legesenteret og etter hvert lønn til hjelpelærerne varte helt til 1984, da legeforeningen avsluttet sitt lønnsansvar for fem deltidsansatte (medarbeidere på legesenteret, kontorassistent og hjelpelærere).

### **Ambisjonene var store**

I sin tale under åpningen av instituttet redegjorde professor Humerfelt for sine omfattende planer:

«Institutt for almenmedisin får flere oppgaver: (1) Undervisning, både i grunnutdannelsen og i videre- og etterutdannelsen. (2) Forskning. (3) Praktisk legearbeid (gruppepraksis) med konsultativ virksomhet, sykebesøktjeneste og tilsynslegevirksomhet.

Undervisningen vil for det første konsentreres om studentenes grunnutdanning. Her vil det først og fremst dreie seg om en praksisorientert undervisning, hvor studentene vil få se sykdommer som de vanligvis ikke får se i hospitalene. Dernest vil de få veiledning i hvorledes en moderne praksis drives. Det er også meningen at distriktslegene i områdene rundt Bergen skal trekkes inn denne undervisningsform. For det annet vil instituttet ta seg av visse sider av videre- og etterutdannelsen av de ferdige leger, først og fremst de almenpraktiserende og de offentlige leger (distriktsleger). Det arbeides intenst med oppbyggingen av en rekke kurs og utdanningsprogrammer, slik at kompetansenivået sikres i pakt med den medisinske utvikling.

Instituttets forskningsprogram må utvikles gradvis. Det er en rekke oppgaver innen den primære helsetjeneste som trenger nærmere analyse.»

Kunne slike forventninger innfris? Ville Det medisinske fakultet være i stand til eller ønske å prioritere det nye instituttet i en slik grad som skulle til, på toppen av å måtte overta legeforeningens forpliktelser etter fem år? Hva ble oppnådd i Humerfelt's professorperiode? Det vil vi beskrive i dette kapitlet.

### **De universitetsansatte**

Sigurd Humerfelt og kontorfullmektig Jorunn Støylen var med fra starten, mens amanuensis Olav Sulheim startet i september 1972. Sulheim var indremedisiner og blodtrykkforsker som Humerfelt, og dette satte sitt preg på interessefeltene også i som ansatte i faget allmennmedisin. Begge hadde i sine avtaler mulighet til å drive privatpraksis inntil seks timer i uken, og de gjorde dette i en viss grad. Etter hvert ble flere lokale allmennleger tilknyttet instituttet som såkalte «hjelpelærere», som oftest i 20% stilling. Den første var distriktslege i Sund, Finn Nilsson, fra 1975 til 1978, deretter distriktslege i Askøy Dag H. Søvik. Disse bidro først og fremst med å koordinere den frivillige praksisundervisningen. I perioden 1982–1985 hadde Kjell Johansen, en av legene ved legesenteret, universitetsstipend. Det kom etter hvert til flere korttidsstipendiater med stipend fra Allmennmedisinsk forskningsutvalg i Legeforeningen. Men i det store og hele var universitetsstaben den samme ved Humerfelt sin pensjonering i 1984 som i 1972: Han selv, amanuensis Sulheim og kontorfullmektig Støylen.

### **Videre- og etterutdanning for allmennleger**

Fra første stund var legers videre- og etterutdanning et prioritert tema for instituttet. Allerede i januar 1973 presenterte instituttet sitt tilbud om et månedlig lørdagskurs for allmennleger i Bergen og omegn. Dette engasjementet fortsatte i årene som kom, med tilrettelegging og gjennomføring av

ulike tematiske kurs, ofte i samarbeid med øvrige institutter ved fakultetet. I årenes løp ble det gjennomført kurs om EKG, obstetrikk og gynekologi, øre.nese.hals-sykdommer, bruk av laboratoriet, muskel- og skjelettsystemet, revmatiske sykdommer og akuttmedisin. Legene ved legesenteret var viktige støttespillere i dette arbeidet.

Sammen med Alment praktiserende lægers forening (Aplf) medvirket instituttet til etablering av det tradisjonsrike Solstrandkurset, som første gang ble avholdt i 1974 og som fortsatt går sin gang hvert år i mai i festspilltiden.

Etter hvert ble kursvirksomheten et nasjonalt kjennetegn ved instituttet i Bergen, med 8–10 ulike kurs årlig. Men det tok også tid og ressurser bort fra andre prioriterte oppgaver. Imidlertid satt virksomheten standarden både for en nær kontakt med allmennlegene i byen og regionen og for å holde kurs basert på de ansattes interesser og kompetanse. I et eget kapittel i denne boken beskrives hvordan satsingen på kurs for allmennlegene har vedvart gjennom 50 år.

## **Studentundervisning**

Det var ingen egen undervisning i allmennmedisin i 1972 eller 1973. Studieplankomiteén i fakultetet hadde vedtatt at instituttet kunne starte undervisning som en prøveordning, uten at faget fikk noen definert plass på studieplanen. Forutsetningen var også at undervisningen ikke kolliderte med noen øvrig undervisning på studieplanen!

Fra 1974 presenterte instituttet et frivillig tilbud for studentene om praksisrettet undervisning ved gruppepraksisens leger, supplert med forelesninger og seminarer. Tilbudet var populært, og mer enn 90 prosent av studentene deltok. I 1976 ble studentundervisningen utvidet. I tillegg til praksisrettet undervisning og ekskursionsjoner ble det holdt forelesninger, kollokvier og diskusjonsmøter. I 1977 ble opplegget med ekskursionsjoner til distriktslegene utvidet med praksisbesøk på 1–5 dager, der 12 distriktsleger ble involvert, og fra 1978 deltok også fem allmennleger fra Bergen.

I 1983 ble den praksisrettede undervisningen utvidet med tilbud om deltakelse i Sykebesøksformidlingen, etter først å ha vært organisert et par år gjennom undervisningen i indremedisin. Relativt få studenter deltok i dette tilbudet.

Det var ingen eksamen i faget allmennmedisin, men allmennmedisinske problemstillinger ble stadig tatt opp i andre kliniske fag, uten at instituttet var involvert. Men man hadde også en ordning der det kunne bli gitt enkelte allmennmedisinske oppgaver til eksamen i hygiene og sosialmedisin.

### *Hvilke temaer ble undervist?*

Undervisningen i den propedeutiske termin (innledningen av klinikken) i tredje studieår ble gitt som forelesninger. Temaene var oversikt over primærhelsetjenesten og sykdomspanoramaet i allmennpraksis.

Det meste av undervisningen foregikk 9–10. termin, dels i form av forelesninger med diskusjon, klinikker med pasienter hentet fra instituttets pasienter, samt praktisk tjeneste (uketjeneste) ved legegruppen. Emnene som ble undervist, var eksempelvis sykdomspanoramaet i allmennpraksis, diagnostiske problemstillinger, etablering av allmennpraksis, utstyr og bruk av legekoffert, laboratoriet og annet utstyr på legekontolet, arbeidsdeling og samarbeid, journalsystem og pasientarkiv, samt arbeidsrutiner og økonomiske forhold i allmennpraksis.

Det var altså et tydelig praktisk fokus i undervisningen, med målsetting om å forberede studentene i best mulig grad på et yrkesliv som allmennleger.

### *Striden om atferdsfaget*

Allerede i 1968 ble det vedtatt å innføre medisinske atferdsfag i medisinstudiets prekliniske del. Men det var stor uenighet om hva dette faget skulle inneholde. I 1974–75 toppet konflikten seg, og studentene boikottet i stor grad undervisningen. De følte seg overkjørt av fakultetet, og de trakk seg fra ulike organer, hadde underskriftskampanjer og skrev leserinnlegg (figur 1). Fakultetet uttalte at de ikke så mulighet for kompromiss og at undervisningen fortsatte, selv om det ikke kom noen studenter.

Etter hvert løste striden seg og det ble planlagt et nytt innhold for faget, med i alt 60 timer, der allmennmedisin skulle ha en viktig rolle. Fra 1979 hadde instituttet ansvar for slik undervisning, med forelesninger og seminaroppgaver. Det var forelesninger om sykdoms- og helsebegrepet og pasientlegeforholdet. Alle gruppepraksisens leger deltok i gruppeundervisning med gjennomgang av sykehistorier med atferdsmessige eller etiske problemstillinger fra allmennpraksis. Studentene var godt fornøyde. Deretter kom den mer teoretiske undervisningen i psykologi, sosialantropologi og filosofi, som ble utført av ansatte fra ulike fakulteter.

### *Oppsummering og store planer i 1983: Noe må skje!*

Etter om lag ti år med allmennmedisinsk undervisning som en frivillig prøveordning, utarbeidet instituttet et stort dokument med tittel «*Forslag til eksamensberettiget obligatorisk undervisning i almenmedisin*». Her oppsummerer instituttet prøveopplegget sammen med studentene:

1. Det frivillige undervisningsopplegget er utilfredsstillende både for studenter og undervisere.

## Atferdsfag for medisinerstudentene

En gruppe medisinerstudenter har henvendt seg til dagspressen (BT 9/12-75) med endel opplysninger om undervisningen i atferdsfag ved Det medisinske fakultet. Fremstillingen som er gitt er misvisende med hensyn til innholdet i og intensjonene med denne undervisningen, og det er derfor nødvendig å skissere hva innholdet i realiteten er.

Undervisningen er en prøveordning, et frivillig tilbud til medisinerstudentene om atferdsfag-undervisning tidlig i studiet (2.året). Undervisningen tar først og fremst sikte på å gi et bedre grunnlag for forståelse av psykologiske forhold og deres betydning for sykdom, og at disse forhold kan ha betydning også ved «kroppslige» sykdommer.

Det meste av undervisningen blir gitt av lærere ved Psykologisk institutt, enten av avdelingslederen selv, eller en som avdelingslederen har utpekt. Resten av timene blir gitt av lærere ved Det medisinske fakultet, vesentlig lærere i allmennmedisin, sosialmedisin og psykiatri, som en mer direkte forberedelse til den kliniske undervisning ved sykehus.

Sentrale emner i denne undervisningen er: Individets psykologiske utvikling fra barn til alderdom, legens holdning til og opp-treden overfor barn og gamle, personlighetspsykologi, individets relasjoner til andre og til samfunnet (sosialpsykologi), interaksjon i grupper, sosiale holdninger, rollebegrepet (også legens «rolle»). Deretter en innføring i atferdsfagenes metodologiske bakgrunn og individets reguleringsmekanismer for atferd. Her behandles også noen eksempler på hvordan psykologiske forhold påvirker kroppens funksjoner (eksempelvis stress). Til slutt behandles individets relasjon til helsestellet, primærmedisinen, sykdomsbegrepet og sykerollen, og legens forhold til den døende pasient. Pasient-lege-forholdet blir ansett for særlig viktig å behandle. Undervisningen av-

ved en erfaren psykiater. Det har vært meningen at undervisningen skulle utvides gradvis med nye emner, og justeres etter som man får erfaring, i samarbeid med studentene.

Det er denne undervisningen studentkomiteen ikke ønsker. Dette er en beklagelig holdning hos fremtidige leger, og man må undre seg over hva motivet er for å gå til pressen (og medstudenter) og gi en fremstilling av innholdet i undervisningen som er helt forskjellig fra det faktiske. I Fakultetsrådet har det vært meget stor tilslutning til å innføre denne prøveordningen, og et bredt sammensatt fagråd er oppnevnt. Siden undervisningen er fullstendig frivillig vil konsekvensen av at studentene ikke benytter seg av tilbudet bli at det vil ta enda en del tid for det store flertall av medisinerstudentene får denne undervisning som er av vesentlig betydning i det fremtidige pasientarbeid.

KJELL HOLE  
forsteamanuensis  
SIGURD HUMERFELT  
professor



**Pelle i TV**

Hans Petersons vidunderlige Pelle Jansson, Norrlandspojken som flytter til Göteborg, er nå på TV.

Dette må vel være den fineste bok vi kan gi barna til jul!

Figur 1: I desember 1975 hadde Bergens Tidende et stort oppslag med tittelen «Medisinerstudentene til boikott mot forelesninger». Det ble der redegjort for konflikten, og hva de ulike partene mente om hva atferdsfaget var og skulle inneholde. Noen mente at det var nært knyttet til den naturvitenskapelige tradisjonen i medisinen (neurobiologi, psykiatri), mens andre mente at faget måtte ta utgangspunkt i samfunnsvitenskapene (psykologi, sosiologi og sosialantropologi). Studentene sto sterkt på det siste, de ønsket en sosialmedisinsk vinklet undervisning som også inneholdt holdningskapende temaer. De påpekte at de opplevde stor uenighet også mellom lærerne i faget, noe som gikk ut over undervisningskvaliteten. 22. desember 1975 svarte Kjell Hole fra nevrofysiologi sammen med Sigurd Humerfelt (faksimilen). Her går de to i rette med studentene og fremlegger fakultetet sin syn på saken. Kilde: Nasjonalbiblioteket.

2. Det er umulig å gi en tilfredsstillende undervisning i allmennmedisin med den nåværende studieplan uten endring, slik at undervisningen kan gis konsentrert og samlet for hele kullet.
3. Det må som nå fortsatt legges vekt på en praksisrelevant undervisning. Denne må bygge på en praksistjeneste hos distriktslegene, allmennleger og legene ved IAM.
4. Forholdene må legges til rette slik at undervisningen kan få sin naturlige plass i studiet, og at undervisningen gjøres obligatorisk og eksamensberettiget.

For samtlige kull var det gjennomført skriftlig og muntlig evaluering. Studentene ønsket mer undervisning, mer praksis og flere klinikker, men viste liten entusiasme for flere forelesninger.

En gruppe studenter hadde også gjennomført en semesteroppgave i sosialmedisin der de sammenlignet studieopplegget i allmennmedisin i Bergen og Tromsø. I to publiserte artikler var konklusjonene at Bergen lå klart tilbake for Tromsø når det gjaldt å gi studentene innblikk i dagliglivets medisin. Resultatene ble tatt med i rapporten.

Rapporten hadde så et detaljert forslag til obligatorisk undervisning i allmennmedisin, inkludert plassering av faget, timeplan, utplassering og eksamen. Det var også forslag til mer ressurser: Utvidelse av instituttlokalene med 80 kvm, en ny amanuensisstilling og kostnader ved to ukers utplassering i allmennpraksis for alle studenter. Forslaget ble oversendt til Det medisinske fakultet i november 1983, men det ble ikke realitetsbehandlet i Humerfeltets professorperiode.

### **Forskning og fagutvikling**

De første vitenskapelige ansatte (Humerfelt og Sulheim) kom til instituttet med forskningsprosjekter som de som indremedisinere allerede var i gang med, med hypertensjon som fellesnevner. Av årsmeldingene ser vi at Sulheim over tid holdt på med bearbeiding av data fra Blodtrykksundersøkelsen i Bergen, mens Humerfelt deltok på internasjonale kongresser og konferanser der hypertensjon var tema.

Fra 1987 gjennomførte Nilsson som distriktslege og hjelpeleer flere prosjekter, blant annet «Forbruksmønster i primærhelsetjenesten og praksisregistrering i Sund kommune», som var utviklet i samarbeid med NAVFs gruppe for helsetjenesteforskning. Fra legesenteret arbeidet Kjell Johansen fra 1980 med data om primærlegetjenesten i Bergen. Fra 1982 var Johansen universitetsstipendiat med prosjektet «Primærhelsetjenesten i Bergen. En funksjonsanalyse», med rapporter om Bergen legevakt og allmennlegetjenesten. Samme år ble flere mindre prosjekter startet opp av allmennleger tilknyttet instituttet og legesenteret, dels med midler fra AFU, Onkologisk forskningsinstitutt og legatmidler.

Akademisk formidling i form av vitenskapelige publikasjoner og doktorgrader, slik vi kjenner det i dag, var det lite av. Ved gjennomgang av årsmeldingene og ved søk i tidsskriftdatabaser, finner vi at i perioden 1972–1984 ble det publisert én eneste engelskspråklig originalartikkel fra instituttets ansatte (1984), mens det var 15–20 artikler i Tidsskrift for Den norske lægeforening, da vesentlig kommentarartikler og kliniske oversikter uten originaldata.

Sulheim representerte instituttet i Allmenntmedisinsk forskningsutvalg, i perioder som leder. I 1978 ble det første kurset om forskning i allmennmedisin gjennomført som et samarbeid mellom de allmenntmedisinske instituttene under ledelse av Humerfelt. Kurset ble gjentatt i 1983. Instituttet var også representert i den nasjonale redaksjonskomiteen da *Scandinavian Journal of Primary Health Care* ble etablert i 1982.

Fra 1980-tallet begynte to av legene ved legesenteret, Johan Fredrik Nilsen og Steinar Fosse, et langsiktig arbeid med å utvikle en datajournal i allmennpraksis. Dette arbeidet ledet frem til utviklingen av Infodoc, i dag et nasjonalt ledende datajournalssystem. Dette er omtalt i et eget kapittel.

### Nasjonal og internasjonal aktivitet i og utenfor allmenntmedisinen

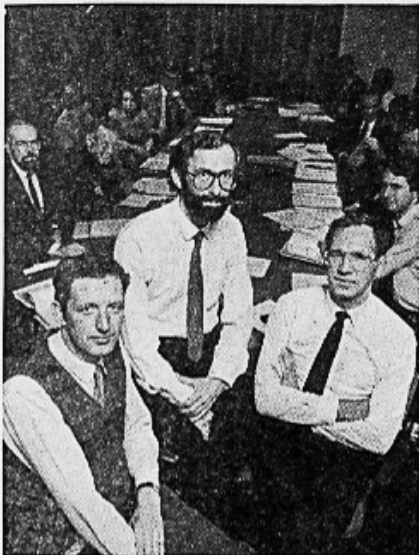
Instituttet deltok regelmessig i samarbeidsmøter med instituttene i Oslo og Tromsø, senere kalt felles instituttmøter. Instituttet var godt representert i Legeforeningens organer som Den norske lægeforenings fond til videre- og etterutdanning av leger, Rådet for videre- og etterutdanning av almenntpraktiserende leger (VEAP-rådet) og Hordaland legeforenings styre. De vitenskapelig ansatte deltok i ulike fakultetsverv og -oppgaver, blant annet Fag-rådet for medisinske atferdsfag og Meltzer-komiteen.

Humerfelt og flere fra instituttet deltok i arbeidet i *European Working Party on the Teaching of General Practice*, senere kalt *The new Leeuwenhorst group*, og i 1976 var instituttet vertskap for et arbeidsmøte for denne gruppen i Bergen. Dag Søvik, hjelpeleer ved instituttet overtok etter Humerfelt i 1982 og fortsatte i mange år som Norges representant i denne organisasjonen. I 1984 ble et av gruppens møter igjen holdt i Bergen (figur 2).

I årenes løp hadde instituttet besøk av en imponerende rekke utenlandske gjesteforelesere. De fleste var kjente britiske navn i faget. Mange ble invitert i samarbeid med Solstrandkurset. Det viser at instituttet hadde internasjonal allmenntmedisinsk orientering og tok imot impulser og kunnskaper fra ledende internasjonale miljøer. Listen nedenfor er eksempler på navn og foredrag nevnt i årsmeldingene: I 1976 professor *Pat Byrne* fra Manchester med «The General Practitioner in the UK». I 1978 *Godfrey Fowler* fra Oxford med «A review of student mental health». I 1979 professor *W. George Irwin* fra Belfast med «The role and organization of the primary care in the British National Health Service» og «Teaching general practice in the medical school». I 1980 *Donald Irvine* fra Royal College of General Practitioners med «Setting of standards in general practice – why, how and by whom?». I 1982 *John Horder* fra Royal College of General Practitioners med «Det engelske College – nåtid og framtid». I 1983 *John*



## Allmennpraktikere fra øst og vest møtes i Bergen



Overlege Dag H. Søvik, som er vertskap for «The New Leeuwenhorst Group» her sammen med formannen, professor dr. Cees Spreunenberg fra Nederland og sekretæren, dr. Chris Watkins fra Storbritannia.

TEKST: KJELL PEDERSEN  
FOTO: KNUT STRAND

«The New Leeuwenhorst Group» holder møte i Bergen denne helgen, med deltakere fra en rekke europeiske land, også fra stater bak jernettet. Hva ligger i dette merkelige navnet?

— Det var professor Sigurd Humerfelt — som tidligere arbeidet ved Institutt for Allmenntidning i Bergen — som kom sammen med en rekke professorer og leger i undervisningskretsen, og som dannet gruppen, forteller overlege Dag H. Søvik til Bergens Tidende. Dette skjedde i 1970-71, da allmennpraksis var et enda mer udefinert begrep enn de er i dag. I denne gruppen var det deltakere fra 11-12 europeiske land inkludert Ungarn og Jugoslavia, og man holdt regelmessige møter i det første tiåret. Hensikten var å videreutvikle dette med allmennpraksis. I 1982 ble det holdt en konferanse hvor man dannet den nye gruppen, som er ganske uformell, men etter vår mening arbeider med viktige saker. Ingen regjering eller fagorganisasjon har vært direkte involvert, men vi må jobbe med tilfreds at en del av gruppens «statement» ble brukt av Europa-parlamentet da det skulle definere allmennmedisin.

Da den nye gruppen ble dannet, ble det bestemt at jeg skulle være Norges representant, sier overlege Søvik. Det skulle holdes møter to ganger i året, og sist var det i Berlin. I samarbeid med Helseeksamen i Bergen og Institutt for Allmenntidning har vi lagt opp arbeidet, og det kommer representanter fra en rekke europeiske land til møtet i Bergen.

Gruppen arbeider for utdannelsen av leger for allmennpraksis. Man vil også ha regler for hva allmennmedisin og allmennpraksis er, hvordan videreutdannelsen skal foregå og hva utdannelsen bør inneholde.

— Hva skal til for at en norsk lege i dag skal kunne kalle seg allmennpraktiker, DNL?

— Der er utarbeidet et regelverk for dette. Etter å være utdannet som lege må vedkommende ha videreutdanning, sykehuspraksis og allmennpraksis, og ha gjennomgått spesielle kurs. Man kan si at kravene er på linje med det som skal til for å bli spesialist i kirurgi, indremedisin og liknende.

— Vi ønsker å dyktiggjøre de allmennpraktikere som skal betjene befolkningen, sier Søvik, som er overlege ved Allmenntidningsavdelingen i den kommunale helse- og sosialtjenesten i Bergen.

Figur 2: Sigurd Humerfelt deltok fra starten i The new Leeuwenhorst group, en europeisk organisasjon for undervisning i allmennmedisin. Den var forløperen til nåværende European Academy of Teachers in General Practice (EURACT), som arbeider med utdannings spørsmål, utgir policy-dokumenter og driver utdanningsvirksomhet for universitetslærere i allmennmedisin i form av kurs og konferanser. Dag Søvik, hjelpeleer ved instituttet overtok etter Humerfelt i 1982 og fortsatte i mange år som Norges representant i denne organisasjonen. I 1984 ble et av gruppens møter igjen holdt i Bergen. Her faksimile fra Bergens Tidende 13. oktober 1984. Kilde: Nasjonalbiblioteket.

Fry fra Royal College of General Practitioners med «The relevance and implications of research in general practice».

I 1981 arrangerte instituttet 2. Nordiske kongress i allmenntilleggsmedisin i Bergen 17.–20.juni under mottoet «En bedre primærhelsetjeneste». Kongressen ble godt mottatt og avviklet på en vellykket måte, men var svært arbeidskrevende for instituttet. Den er omtalt i et eget kapittel i boken.

## «Moderne medisin makter ikke med livsstils-sykdommene»

— Vi må bare erkjenne at begge institutter for allmenntilleggsmedisin i Oslo og Bergen, og instituttene for samfunnsmedisin i Trondheim og Tromsø, er kommet sist i prioriteringsrekken. Vi vet at universitetene verden over arbeider under et betydelig press.

De økonomiske vilkår er dramatisk forverret de siste 10 til 15 år, samtidig som det er maktpåliggende for universitetene å ta på seg nye oppgaver og dekke nye behov. Det er et tankekorst at universitetsbidragene til løsning av de nye påtrengende samfunnsoppgavene skjer i en fase med økonomiske tilstramminger. I Bergen er det etablert en spesiell form for oppdragsforskning. Det er inngått en rekke kontrakter innenfor helse og medisin og universitetet på den ene side og store og små institusjoner for helseomsorg på den annen.

Det er professor i allmenntilleggsmedisin, dr. med. Sigurd Humerfelt, som skriver dette i boken med den glimrende tittel «Langsamt blir faget vårt eget», som nå er kommet på Universitetsforlaget. Det er et festskrift laget i anledning av at pionerene innen allmennpraktikerstanden, Humerfelt i Bergen og professor dr. med. Christian F. Borchgrevink i år runder henholdsvis de sytti og seksti.

Det har vært mitt store håp, sier Humerfelt, at Institutt for Allmenntilleggsmedisins gruppepraksis

kan få en fast universitetstilknøyning ved et samspill mellom Bergen kommune og Universitetet. Den nye Lov om helsetjenesten i kommunene åpner mulighetene for en slik løsning. Men her trengs det nytenkning og motivasjon. Tilbudet er en stor utfordring til våre allmennleger og Universitetet i Bergen.

I sin redegjørelse for hva utviklingen for norsk allmenntilleggsmedisin vil bli fram mot år 2000 peker Humerfelt på at det faktisk er skjedd en revolusjon i helsesektoren. Vi har sett den moderne medisin vokse fram. I dag er det nesten en selvfølge at våre barn vokser opp sunne og friske. Hvis de som unge velger en normal og sunn livsstil, har de alle sjanser til å leve et helsemessig godt liv. De vil leve lenger enn generasjonene før dem, og mange vil få en god alderdom med det viktigste av alt: God helse.

Det har ikke alltid vært slik. Vi skal ikke mer enn 50 år tilbake, da allmennlegene ikke kunne gjøre annet enn å avvente «krisen» ved en lungebetennelse for å se om pasienten ville leve eller dø. Langt inn i vårt århundre og til tiden etter den 2. verdenskrig, herjet tuberkulosen og toppet dødelighetsstatistikken. Sykdommer som difteri og kikhoste er faktisk ukjent for den oppvoksende slekt, og poliomyelitt er en absolutt sjeldenhets...

### Utryddet

De store folkesykdommene er i virkelige utryddet og pre-

serterer ikke lenger noen trussel. Den moderne farmasøytiske industri og utviklingen av nye legemidler og vaksiner har hatt en avgjørende innflytelse. Det samme gjelder den nyere medisinske teknologi med økte muligheter for bedre diagnostikk og behandling.

### Livsstilsykdommer

Et særlig alvorlig problem er økningen av trafikkkulykker og det vi kaller livsstilsykdommer med luksuskonsum og forbruk av skadelige nytelsesmidler, her har ikke den moderne medisin nådd fram. Heller ikke ha vi maktet å bygge ut det sosiale hjelpeapparat i tilstrekkelig grad. Disse samfunnsmessige problemene vil i økende grad prege allmennlegens hverdag. I årene fremover vil det stilles stadig større krav til allmennlegens menneskelige engasjement.

### Bergensk preg

Festskriftet er for øvrig sterkt bergensk preget. Ikke bare har Humerfelt lagt ned et stort arbeid på Vestlandet, også de to redaktørene, Per Fugelli og Kjell Johansen, har sin arbeidsplass på våre kanter. Boken er i tre deler, med nærbylde av jublantene, tilbakeblikk på allmenntilleggsmedisins utvikling og hvordan oppbyggingen av faget best kan videreføres fram mot år 2000. Skriftet er et viktig bidrag til forståelsen av allmennlegens og våre helseproblemer.

PETE

Figur 3. I forbindelse med Sigurd Humerfelts 70 års dag og pensjonering i 1984 samt professor i allmenntilleggsmedisin ved UiO, Christian F. Borchgrevink, sin 60 års dag, ble det utgitt et festskrift redigert av Per Fugelli og Kjell Johansen med den talende tittel «Langsamt blir faget vårt eget». I forbindelse med utgivelsen var det omtale i Bergens Tidende 17. september 1984. Kilde: Nasjonalbiblioteket.

## 1972–1984 – En oppsummering

Instituttets tolv første år med Sigurd Humerfelt som styrer var en periode preget av pågangsmot og engasjement for en god sak; å sette allmennmedisinen på kartet ved fakultetet i Bergen både når det gjaldt undervisning og forskning. Det var betydelige startvansker og dels motstand mot å gi instituttet det som trengtes for å nå målene. Da Humerfelt overlot roret til Per Fugelli 1. september 1984, måtte han erkjenne at mye var tenkt, en god del var planlagt, men at mye gjensto å gjennomføre (figur 3).

## Litteratur

- Dybdahl JH, Haug K, Bakkevold K, Olsen KO, Vetvik K. Screening for occult faecal blood loss in a community by means of Hemocult II slides and a tetramethylbenzidine test. *Scand J Gastroenterol* 1984; 19: 343-9.
- Fugelli P, Johansen K(red.). *Langsomt blir faget vårt eget. Festskrift til Christian F. Borchgrevinks 60 års dag og Sigurd Humerfelts 70 års dag*. Oslo: Universitetsforlaget, 1984.
- Hjetland R, Kaisen A, Kjetså GA, Lie RK, Haaland PT, Møller P, Oulie HE, Tveit T, Maeland JG. Turnuskandidaters syn på medisinerutdannelsen. En undersøkelse blant nyutdannede kandidater fra Tromsø og Bergen. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1983; 103: 936-9.
- Humerfelt S. Undervisning i almenmedisin, Universitetet i Bergen. *Utposten* 1981; 10 (4): 5-6.
- Humerfelt S. *Forslag til eksamensberettiget obligatorisk undervisning i almenmedisin*. Rapportserie om Helsetjenesten i Bergen og Hordaland. Rapport nr. 4/1984. Bergen: Institutt for almenmedisin, 1984.
- Kaisen A, Kjetså GA, Lie RK, Hjetland R, Haaland PT, Møller P, Oulie HE, Tveit T, Maeland JG. Interns' evaluation of their preparation for general practice: a comparison between the University of Tromsø and the University of Bergen. *Med Educ* 1984; 18: 349-54.

## 2.4 Infodoc: Fra praksisnært prosjekt til stor kommersiell aktør

*Michael 2022; 19: Supplement 29, 43–9.*

*Norge har lenge vært på verdenstoppen når det gjelder digitalisering av pasientjournaler (EPJ) og rutiner i allmennpraksis. I 1990 hadde 20 % av legekontorene EPJ, i 1993 halvparten og ved årtusenskiftet hadde mer enn 90 % gått over til elektroniske journaler. Et spesielt trekk ved utviklingen har vært den sterke forankringen til praksismiljøene og deltakelsen av allmennlegene selv, som snekret sammen og sjøsatte de første journalsystemene i samarbeid med programmerere og databedrifter. Infodoc Plenario er i dag et mye brukt EPJ-system over hele landet. Det mange ikke vet, er at programmet ble laget og utviklet av to leger ved daværende Institutt for almenmedisin, Steinar Fosse og Johan Fredrik Nilsen, som begge arbeidet i instituttets legepraksis i årene 1978–81 og 1978–84, før de i resten av sine karrierer var allmennleger i Bergen. Infodoc kom samtidig med Balsfjordsystemet, utviklet av leger i Troms, og litt senere enn Bergenslegen Carl Fredrik Bassøes program DOC110/Promed, som trolig var det første datasystemet for medisinsk journalføring i Norge. Senere kom allmennlegen Kjell Hove med Profdoc (1985) og etter hvert med System X (2001). I dette kapitlet forteller Fosse og Nilsen om tilblivelsen av Infodoc ved instituttet, og om programmet.*

Leger ved dagens legekontor kan finne det vanskelig å forstå hvordan journalsystemene fungerte før man hadde elektroniske pasientjournaler (EPJ). Alle pasientopplysningene ble oppbevart på papir, ofte i konvolutter eller mapper. Der fantes enkelt-ark for journalopplysninger, for laboratoriesvar, for røntgensvar og for epikriser. De forskjellige kategoriene var gjerne markert med egne farger. Legeerklæringer som ble brukt overfor trygdeetaten, kunne være såpass omfattende at kopier ble oppbevart i ringpermer.

I gruppepraksiser hadde man gjerne en ansatt sekretær som skrev journalopplysningene etter diktat på diktafon, men ellers var det vanlig for legen

selv å skrive for hånd eller ved bruk av skrivemaskin. I solopraksiser var det ikke uvanlig at journalopplysninger ble skrevet på små kartotekkort sortert alfabetisk ved skilleark. Pasientopplysninger kom lett på avveie i et slikt system. Det var også en tidkrevende måte å arbeide på. Hver gang man skulle skrive en henvisning eller en legeerklæring, måtte journalopplysninger skrives på nytt. Det var kanskje ikke underlig at de yngre allmennlegene på 1970-tallet så en mulighet til å få dette automatisert. EDB var ikke særlig utbredt i samfunnet, men utviklingen var i gang, og folk oppdaget at det fungerte godt i banker og på flyplasser.

### **Personene bak**

På Institutt for almenmedisin var det på den tiden seks leger; fire som drev allmenmedisin på full tid i legepraksisen samt to universitetsstilatte spesialister (Humerfelt og Sulheim) som hadde ansvaret for administrasjon, undervisning og forskning. Vi var de to yngste legene på instituttet og fant oss lite tilfreds med situasjonen, siden vi øynet det store potensialet til EDB-teknologien. Vi fant det også fordelaktig å ha en forutsigbar lagring av alle våre pasientdata, og dermed et system som kunne fylle ut skjema, henvisninger og dels legeerklæringer fra eksisterende kilder. All skriftlig informasjon ville bli lett tilgjengelig og leselig for alle.

Nilsen kontaktet flere dataleverandører, og fikk respons fra firmaet «Informasjonssystemer», som ble drevet av Helge Steen og Atle Sivertsen. De hadde merket seg at helsevesenet lå etter når det gjaldt å bruke elektronisk databehandling i pasientflyten, og mente at de kunne gjøre noe med det. De fant det naturlig å starte ved et legekantor knyttet til et akademisk miljø. Etter to møter ble Fosse bragt inn i samarbeidet. Det viste seg at firmanavnet «Informasjonssystemer» allerede fantes, og våre samarbeidspartnere endret derfor navnet på firmaet til Infodoc. Firmaet ble registrert som eget aksjeselskap i 1985, da ble også Sigbjørn Hellene medeier, senere også daglig leder.

Der var ved universitetsinstituttet liten forståelse for prosjektet i starten. Men et forhold som bidro til at professor og instituttstyrer Hummerfelt fikk øynene opp for viktigheten av det, var et besøk utenfra under oppstartsfasen. Lege Egil H. Lehmann hadde deltatt i utviklingen av Balsfjordsystemet. Under et besøk hos oss erkjente Lehmann fullt ut at vårt prosjekt representerte et viktig skritt i rett retning. Slike tilbakemeldinger gjorde instituttstyren til en god alliert, og vi var nå tre personer i prosjektet. Hummerfelt var senere den som bidro til en presentasjon av prosjektet i en artikkel i Tidsskriftet. Ellers var der også andre som fattet interesse for prosjektet; nokså kuriøst ble vi også oppsøkt av en gruppe fra Israel.

## Teknologien

På 1970-tallet gikk den teknologiske utviklingen på datafronten raskt, maskinene ble mindre og billigere, og det ble utviklet programmer for mange ulike formål. Det la grunnlaget for teknologien vi trengte for vårt allmennlegeprogram.

### *Datamaskinen*

Dataenheten vi valgte, var en frittstående enbrukermaskin, kalt TDV 2124, produsert i Norge av Tandberg Data (Figur 1). Dette var muligens verdens første PC. Den besto av en skjerm og en prosessorenhet. Lagringsenheten var i form av utskiftbare disketter som ble satt inn i en vertikal sprekk på høyre side av skjermen. En programdiskett ble lastet inn ved hver oppstart. Deretter ble det anvendt 12 ulike lagringsdisketter, en for hver fødselsmåned og de ble skiftet ut for hver ny pasient. I tillegg var der en diskett for backup, som ble satt inn på slutten av dagen, og en diskett som inneholdt opplysninger om trygdeoppgjøret. Hver diskett hadde en lagringskapasitet på en megabyte (1 MB) = en million tegn. Dette tilsvarer om lag 500 A4-sider. Til datamaskinen hørte også et tastatur bestående av et vanlig skrivemaskintastatur og noen spesielle funksjonstaster. Maskinen hadde en internminnekapasitet (ROM) på 64 K noe som gjorde programmering i lavnivåspråket Assembler nødvendig.



*Figur 1: Den norskproduserte intelligente terminalen TDV 2124 fra Tandberg Data var kanskje verdens første PC. Den hadde eget diskettbasert operativsystem, og innebygget 8-tommers diskettstasjon på størrelse med en stor skoeste. Foto/Kilde: Øiesvold Reklamestudio AS, Oslo.*

Etter ca. et år gikk vi over til *Micromation* flerbrukersystem, der begge legene knyttet seg opp mot en felles database. *Micromation* hadde en lagringskapasitet på 20 MB, der brukeren fikk tildelt hver sin mikroprosessor som lagret og hentet ut data fra en harddisk av den typen som senere ble standard. I alt var der 16 mikroprocessorer, altså ville disse maskinene kunne betjene opp til 16 brukere. Konsollet var en «dum» terminal som ikke inneholdt annen prosesseringsegenskaper enn det kommunikasjonen med *Micromation* maskinen krevde. I 1985 gikk vi over til den servertypen som brukes i dag; en enkel 1 MB stasjon som var på størrelse med ordinær pc. Der var ingen grense for hvor mange brukere som kunne knytte seg opp mot denne.

Utstyret var supplert med en nåleskriver (Centronics 737 matriseskriver). I papirmateren la man inn blanke ark eller skjema som skulle fylles ut. En av fordelene med nåleskriveren er at dokumenter kunne skrives ut med gjennomslag, eksempelvis sykmeldinger og svangerskapsjournalen som hadde originalsjema med kopier bak i skjemasettet.

### *Skjermen*

Dataskjermen var den gang av typen «karakterbasert», det vil si at skjermflaten enten var sort eller grønn. Skjermbildet besto kun av karakterer i form av tall eller bokstaver. Disse var av to kategorier, enten ledetekst eller tomme felt til å skrive inn data bak eller under denne. Karakterene var hvite eller gulfargete. Der fantes ikke datamus den gang, man flyttet skrivepunktet ved hjelp av tastaturet.

### *Operativsystemet*

Tandbergs datamaskiner hadde et eget operativsystem kalt TOS. Da flerbrukermaskinen *Micromation* ble tatt i bruk, ble operativsystemet endret til CP/M, en plattform som var meget utbredt på det tidspunktet og som var en forløper for MS DOS. Operativsystemet til *Infodoc* ble endret til MS-DOS i 1985 og etter hvert konvertert til Windows operativsystem.

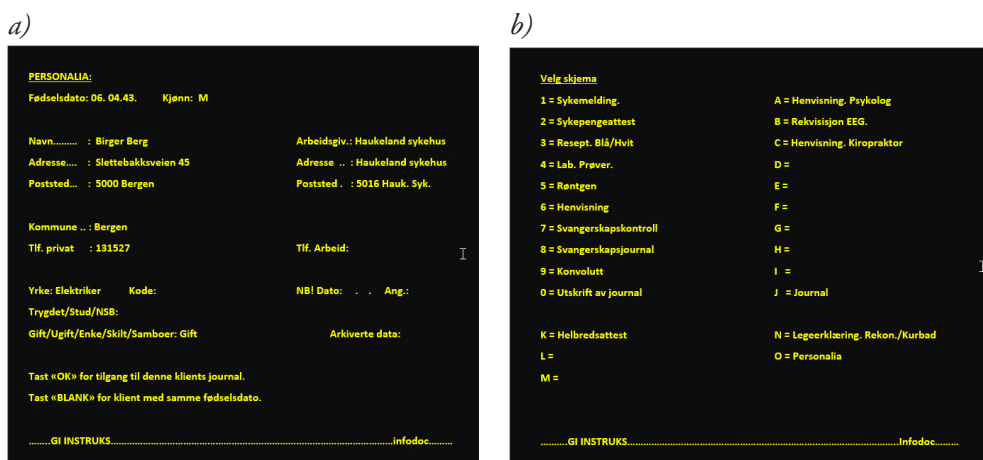
### **Programmet**

*Infodoc*-programmet var programmert i Assembler, som er et meget primitivt programmeringsspråk. Det er det nærmeste man kan komme mot selve maskinspråket. Programmereren må langt på vei bestemme hvordan skrivemerket skal oppføre seg etter at en kommando er gitt; som hvor det skal flytte seg etter at en karakter eller et tall er skrevet inn. Programmeringsarbeidet var derfor omstendelig, og funksjonaliteten var ikke så god som man siden fikk i mer velutviklete programmeringsspråk.

Fra 1985 ble programvaren endret til «C», som ligger nært opp til de programmeringsspråkene som brukes i dag. Alle journalnotatene våre ble uten større vansker overført fra *Assembler* til «C».

### Brukergrensesnittet (interfacet)

Interfacet er den tekniske løsningen som muliggjør gjensidig kommunikasjon mellom en utstyrsenhet og brukeren som betjener den. Journalsystemet *Infodoc* besto av et hovedskjermbilde med pasientens personalia (Figur 2a). Pasientjournalen var representert ved et skjermbilde som var delt vertikalt slik at man kunne skrive inn *Sykehistorie*, *Funn*, *Behandling* og *Diagnose*, etter forhåndsdefinerte overskrifter. Et annet skjermbilde presenterte en liste over funksjoner som kunne aktiveres (Figur 2b). Hver av disse funksjonene hadde igjen sine egne skjermbilder, eksempelvis *Sykemelding*, *Laboratorierekvisisjon*, *Røntgenrekvisisjon* og annet. Skjemaer ble fylt ut ved å sette dem i skriveren og trykke en tast som trakk dem i posisjon. Pasientens faste data lå inne, og man fylte ut ønsket informasjon i åpne felt. Deretter foretok man utskrift. Regningskort var representert ved et skjermbilde der man skrev inn diagnose og takster. Slik fikk man en samleregning eller hvert enkelt regningskort på en liste. Ikke alle de opplistede rutinene ble fulgt. For eksempel ble svangerskapsjournalen aldri byttet ut, men forble i papirversjon. Der var også satt av blanke tegn til bruk for mulige nye skjema.



Figur 2: Skjermbilder fra *Infodoc*-programmet. Til venstre (a) er hovedskjermbilde med pasientens personalia. Skjermbildet til høyre (b) viser en liste over funksjoner som kunne aktiveres. Vi ser også de tomme feltene for fremtidige funksjoner. Illustrasjon: Steinar Fosse.



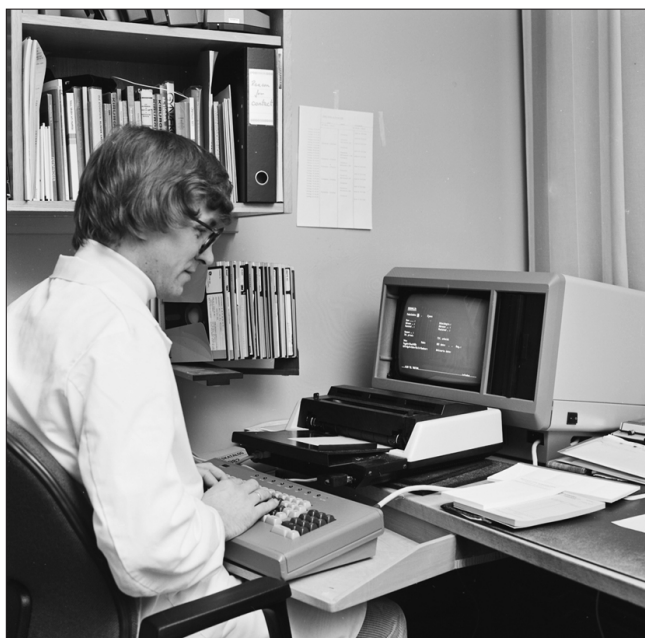
## Kostnader

Det kanskje mest bemerkelsesverdige ved hele prosjektet var at utstyret som ble brukt, ikke ble skaffet til veie fra firmaet Informasjonssystemer sin side, og heller ikke fra instituttet som forsknings- eller utviklingsmidler, men måtte kjøpes inn av oss to leger som deltok i prosjektet. Til sammen betalte vi ca. kr. 82 000 hver for dette, tilsvarende godt over 300 000 regnet om til 2022-kroner. *Micromation* flerbrukersystem ble derimot finansiert av Rebekka Ege Hegermanns legat og kostet ca. kr. 120 000. Vi gikk over til denne maskinvaren etter et drøyt år.

## Oppdatering fra gamle papirjournaler

Programmet ble tatt i bruk på legesenteret 1. september 1980 (Figur 3) og ble blant annet presentert på Nordisk kongress i allmenntilleggsmedisin i Bergen sommeren 1981.

Initialt var det vår hensikt å overføre all tekst fra de opprinnelige pasientjournaler til *Infodoc*. Vi startet arbeidsdagen tidlig med å skrive inn resyméer fra papirjournalene. Dette arbeidet var imidlertid såpass arbeidskrevende at vi ga det opp etter ca. ett tusen journaler. Vi tilstrebet i stedet å gjøre det ved pasientens oppmøte, men også dette ga vi opp etter en tid, slik at noe av journalenes innhold ble liggende i de opprinnelige papirjournalene.



*Figur 3: Infodoc i bruk av allmennlege Johan Fredrik Nilsen i legepraksisen ved Institutt for almenntilleggsmedisin. Datamaskinen med skjerm, skriver og tastatur. På veggene henger journalarkivet som består av 12 disketter, én diskett for hver av pasientenes fødselsmåned. De 8-tommers store diskettene (20x20 cm) ble satt inn og tatt ut for hver pasient. Foto: Alf Petter Andersen, Fotoavdelingen, Haukeland universitetssjukehus.*

## Brukergrupper

Privatpraktiserende spesialister tok etter hvert *Infodoc* i bruk. Den første av dem var gynekolog Tor Løvset i Bergen. Mens journalene i allmennpraksis var generelle når det gjaldt innhold, var spesialistjournalene langt mer standardiserte for anamnese og funn. *Infodoc* ble derfor utstyrt med et avsnitt hvor relevant normal og patologisk beskrivelse ble formulert på forhånd, og tekst som ikke passet ble så slettet etter behov. Dette var tidsbesparende. I en periode var en slik journal også i bruk ved Gastroenterologisk avdeling ved Haukeland universitetssjukehus.

Tor Løvset tok også initiativ til å opprette en brukergruppe for *Infodoc*, som etter hvert ble til *Infobruk*, en uavhengig brukerorganisasjon som fortsatt bidrar til videreutvikling av programmet og deling av erfaringer mellom brukerne.

## Etterskrift

*Infodoc Plenario* er i dag et vel etablert EPJ system, hovedsakelig for fastleger, men brukes både av spesialistpraksiser så vel som av legevakter, helsestasjoner, fysioterapeuter og kiropraktorer. *Infodoc* var i en periode også aktør på det svenske markedet. Selskapet har i dag over 40 ansatte, de fleste ved hovedkontoret i Bergen. I en utredning i regi av Norsk forening for allmennmedisin i 2015 ble det anslått at Infodoc hadde om lag 30% av EPJ markedet utenfor sykehus, andelen per 2022 er ikke kjent.

I en melding fra Oslo Børs i november 2020 meldtes det at *Infodoc* var kjøpt opp av firmaet *Pasientsky* for 280 millioner kroner. Omsetningen var på 60 millioner kroner i 2020. Man kan konstatere at et prosjekt som startet i et praksisnært universitetsmiljø i Bergen, er blitt en stor kommersiell aktør innen helsevesenet.

## Litteratur

- Bassøe C-F, Sørli WG. EDB i almenpraksis. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1983; 103: 1270-5.
- Christensen T. Allmennlegene og informasjons- og kommunikasjonsteknologien 1988–2013. I: *Norsk forening for allmennmedisin og Referansegruppen for EPJ og elektronisk pasientjournal i legekontor. Fra da til nå – den lange historien om elektronisk pasientjournal i legekontor*. Oslo: Norsk forening for allmennmedisin, Den norske legeforening, 2015.
- Fosse S. Om Infodoc. *Utposten* 1999; 28 (5): 5-8.
- Hasvold T. A computerized medical record. «The Balsfjord system». *Scand J Prim Health Care* 1984; 2: 125-8.
- Hasvold T. Historia om Balsfjordssystemet. *Utposten* 1999; 28 (5): 3-5.
- Nilsen JF, Fosse S. Et EDB-basert journalsystem til bruk i primærhelsetjenesten. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1982; 102: 1285-8.

## 2.5 2. Nordiske kongress i allmennmedisin 17.–20. juni 1981<sup>1</sup>

*Michael 2022; 19: Supplement 29, 50–8.*

*For vitenskapelig ansatte, stipendiater og andre forskere er kongressdeltakelse i inn- og utland en viktig, nødvendig og hyggelig del av jobben. Allmennmedisin er et relativt ungt fag, og egne allmennmedisinske kongresser ble ikke arrangert før rundt 1970. Da det etter hvert kom allmennmedisinske institutter i de nordiske landene, ble det også besluttet at de burde arrangeres en nordisk vitenskapelig møteplass. Den første nordiske kongressen i allmennmedisin ble arrangert i København i 1979. Siden er kongressene vanligvis arrangert hvert andre år, på omgang mellom landene. Det betyr ca. hvert tiende år i Norge. Det ble bestemt at den andre nordiske kongressen skulle være i Bergen i 1981. Senere har kongressen vært arrangert i Norge i Oslo (1991), Trondheim (2002) og Tromsø (2011), mens den kommende er i Stavanger i 2022 (utsatt fra 2021 på grunn av pandemien). Kongressen i Bergen 17.–20. juni 1981 var et stort løft for Institutt for almenmedisin og de lokale kreftene. Men den har i ettertid blitt beskrevet som svært vellykket og som en viktig hendelse for norsk allmennmedisin, med over 400 deltakere fra alle nordiske land. Ikke minst har festmiddagen i Håkonshallen vært et minne som har vært snakket om i «alle år» siden. En gjennomgang av programmet og arrangementet gir et interessant tidsbilde av både faglige og allmenne forhold i 1981.*

Det er de fem nordiske allmennmedisinske selskapene eller fagmedisinske foreningene som «eier» kongressene gjennom den felles nordiske føderasjonen Nordic Federation of General Practice (NFGP). Organisasjonen er etablert for å ivareta to oppgaver: Å arrangere de nordiske kongressene, samt

<sup>1</sup> Kapitlet bygger i stor grad på et fotoalbum, programheftene og korrespondanse fra kongressen, som professor Sigurd Humerfelt (1914–2000) overrakte forfatteren i 1999, året før Humerfelt døde.

drive tidsskriftet *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. Men slik var det ikke i 1981.

## Organiseringen

Formell arrangør av kongressen var nemlig Institutt for almenmedisin ved UiB alene. Dette var før Norsk selskap for almenmedisin (NSAM) ble stiftet (1983), og det var ikke noe formelt nordisk samarbeidsorgan utover at de første nordiske professorene i allmenmedisin kjente hverandre, og at det var en viss kontakt gjennom andre møter og kongresser.

1981-kongressen krevde mye av instituttet og de ansatte, og utallige timer ble lagt ned i møter og planlegging. Gode profesjonelle samarbeidspartnere var først og fremst Studentsamskipnaden i Bergen (kongressekretariat) og Universitetenes reisebyrå, samt noen firmaer som tok ansvar for ulike oppgaver ved gjennomføringen, eller med finansieringen av oppgaver som teknisk tilrettelegging, trykking, video-opptak og fjernsynsoverføring og porto til masseutsendelser av brev.

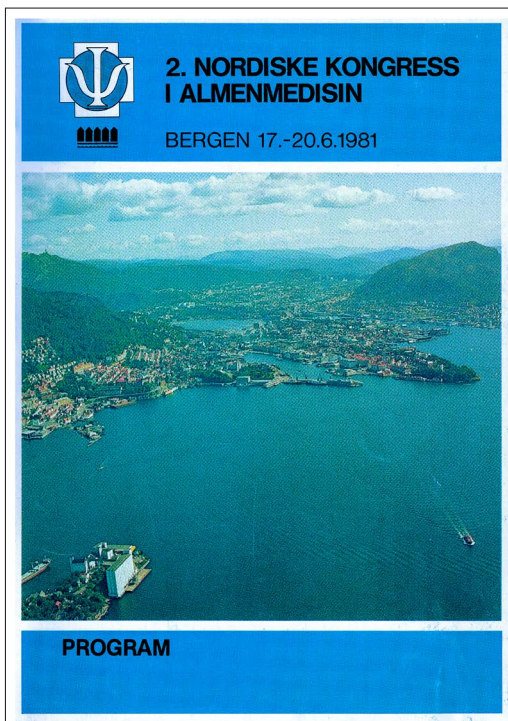
### *Komiteer*

Professor Humerfelt var kongressens president. For informasjon til og fra de fem nasjonene, fantes en Nordisk kontaktkomiteé, mens den norske hovedkomiteen besto av Dag Andreassen, Bergen, som representerte Offentlige legers landsforening (OLL), Herman Anker (Alment praktiserende lægers forening (APLF), Christian Borchgrevink (UiO), Anders Forsdahl (UiT), Sigurd Humerfelt (UiB) og Arne-Ivar Østensen (UNIT). Sekretær for det hele var kontorfullmektig Jorunn Støylen, som i 1981 var instituttets eneste administrativt ansatte.

I tillegg til hovedkomiteen var en rekke andre komiteer i sving før og under kongressen. Det ble etablert et lokalt arbeidsutvalg med samtlige seks av instituttets leger, og det fantes en ledsagerkomite bestående av fire av legenes ektefeller.

## Programmet

Kongressens motto var «En bedre primær helsetjeneste», mens to faglige hovedemner var titulert «Organisering av primærhelsetjenesten i dag og i morgen» og «Evaluering av primærlegens arbeid». Det faglige programmet var organisert i plenum- og parallellsesjoner og det var sesjoner for frie foredrag. Det ble laget to programhefter, ett som inneholdt fullstendig program (figur 1) og et som inneholdt resyméer av de frie foredragene (i dag: abstracts).



*Figur 1: Forsiden av kongressprogrammet, med tittelen PROGRAM. Heftet var på 64 sider pluss omslag, og inneholdt velkomstord, komitéer og utvalg, og en rekke praktiske opplysninger i tillegg til detaljert gjennomgang av det faglige programmet. De siste 32 sidene var reklame, for det meste for medikamenter. Det fantes et tilsvarende hefte med samme forside med tittelen RESYMÉ, som inneholdt programmet for presentasjon av de 76 frie foredragene i tillegg til alle sammendragene og alfabetisk liste over forfatterne.*



*Figur 2: Professor Sigurd Humerfelt, kongressens president, holder åpningstalen. Foto: IAM.*



*Figur 3: Et nærmest fullsatt Auditorium A i Studentsenteret under åpningsseremonien. Foto: IAM.*

Alle faglige sesjoner foregikk i Studentsenteret på Nygårdshøyden. Den offisielle åpning var onsdag kveld den 17. juni, med etterfølgende mottakelse i Grieghallen med Bergen kommune som vert. Professor Humerfelt sto for åpningen (figur 2) foran et fullsatt Auditorium A (figur 3).

#### *Faglig program*

De to fulle faglige dagene startet begge med to plenumsforedrag, så var det fire parallelle sesjoner, mens tiden etter lunsj gikk med til frie foredrag (figur 4). Første dagen var det kjente navn som distriktslækare Göran Sjönell, Sverige, og allmennpraktiker og amanuensis Arne Ivar Østensen, Trondheim, som holdt plenumsforedragene. Deretter ble kongressdeltakerne delt i fire grupper etter forhåndspåmelding, Hver 90 minutters sesjon hadde to-tre innledninger om et tema, før det var diskusjon (figur 5).

Innledeerne var stort sett kjente navn fra allmennmedisinen i sine respektive land. Siste dag holdt stadsfysikus i Oslo, Fredrik Mellbye, foredrag om samfunnets krav til primærlegen, et foredrag som senere ble publisert i Tidsskriftet.

## 2. NORDISKE KONGRESS I ALMENMEDISIN

ONSDAG 17. JUNI - LØRDAG 20. JUNI 1981

Onsdag 17. juni				
Kl. 1700	Kongressens åpning. Studentsentret. Auditorium A			
Kl. 1900	Mottagelse i Grieghallen v/Bergen kommune			
Torsdag 18. juni				
Kl. 0915-1015	Auditorium A: Plenumsforedrag Hovedemne: Organisering av primærhelsetjenesten i dag og i morgen			
Kl. 1015-1100	Kaffepause			
Kl. 1100-1230	Gruppe 1 Auditorium A Grenseoppgang mellom almenpraktiker og spesialist	Gruppe 2 Auditorium B Egenomsorg	Gruppe 3 Auditorium C Legetjenesten og sosialtjenesten	Gruppe 4 Auditorium D Administrasjon av almenpraksis
Kl. 1230-1400	Lunsj			
Kl. 1400-1710	Frie foredrag i 6 seksjoner			
Kl. 1930	Teateraften. Den Nationale Scene «Dødsfellen» (Ira Levin)			
Kl. 2200	Thalia Selskapslokaler. Enkel servering og dans			
Kl. 0030-0100	Bussavgang til Fantoft			
Fredag 19. juni				
Kl. 0915-1015	Auditorium A: Plenumsforedrag Hovedemne: Evaluering av primærlegens arbeid			
Kl. 1015-1100	Kaffepause			
Kl. 1100-1230	Gruppe 1 Auditorium A Selvevaluering	Gruppe 2 Auditorium B Diagnostisk-terapeutiske normer (Vårdprogram)	Gruppe 3 Auditorium C Kan helse måles?	Gruppe 4 Auditorium D Hva er samfunnets krav til primærlegen?
Kl. 1230-1400	Lunsj			
Kl. 1400-1550	Frie foredrag i 6 seksjoner			
Kl. 1550-1615	Kaffepause			
Kl. 1615-1715	Auditorium A: Kongressens avslutning			
Kl. 1730-1800	Bussavgang til Fantoft			
Kl. 1900	Bussavgang fra Fantoft til Håkonshallen			
Kl. 1930	Bankett i Håkonshallen			
Kl. 0100-0200	Bussavgang til Fantoft			
Lørdag 20. juni				
Ekskursjon til forskjellige helseinstitusjoner i Bergen og omegn. Nærmere opplysninger og påmelding under kongressen.				

Figur 4: Oversikt over programmet fra side 3 i programheftet.

### Frie foredrag

Presentasjon av vitenskap på kongresser var en ny øvelse for mange på denne tiden, ikke minst i allmennmedisin. Det ble holdt 76 frie foredrag, fordelt på seks parallelle seksjoner hver dag. Det var 29 fra Norge, 26 fra Sverige,



*Figur 5: Fra en parallellsesjon. Foto: IAM.*

18 fra Danmark, 2 fra Island og 1 fra Finland. Noen av personene kom da eller senere fra Bergensmiljøet eller Vestlandet: Carl-Fredrik Bassøe, Svein Z Bratland, Per Fugelli, Kjell Haug, Svein Hindal, Johan Fredrik Krohn, Kirsti Malterud, og Dag Pedersen.

Det er interessant å se hva foredragene inneholdt. Bare 53 av abstractene inneholdt vitenskapelige data. Spesielt de norske innleggene var mer preget av prosjektplaner, synspunkter, kliniske oversikter og fortellinger om ulike tiltak.

Et tankevekkende tidsvitne om den medisinske utvikling siden 1981 er et 1-års materiale av sykestuebehandling av akutte hjerteinfarkt hos eldre. Distriktslege Magne Nylenna fra Innsmøla (senere professor i samfunnsmedisin ved UiO) la fram resultatene fra 25 sikre hjerteinfarkt hos pasienter med en gjennomsnittsalder på 75 år. 64% ble ikke innlagt i sykehus, men ble behandlet i den lokale sykestuen med ro, sengeleie, smertelindring og oksygen. Gjennomsnittlig opphold var 16 dager. 4 av 16 pasienter døde. Nylenna konkluderte med at en ikke ubetydelig del av pasienter med akutt hjerteinfarkt kan behandles hjemme eller i sykestue. Slik var akuttmedisinen for bare 40 år siden!

### *Ekskursjoner*

Lørdag 20. juni ble det arrangert ekskursjoner til en rekke legekontor i Bergen og omegn, samt til ulike institusjoner, sykehusavdelinger, Lepramu-séet og også til instituttet i Ulriksdal.



## Sosialt program

Onsdagen var det kommunal mottakelse i Grieghallen, og torsdag var det teateraften på Den Nationale Scene. Teatret var i sin helhet leid til kongressdeltakerne med ledsagere (485 plasser) for forestillingen «Dødsfellen» av Ira Levin. Etter forestillingen gikk turen til Thalia Selskapslokaler, der var det enkel servering og etterfølgende dans. Fredagen var den store banketten i Håkonshallen, med buekorps, trommevirvler, taler og underholdning (figur 6).

I tilknytning til kongressen ble det også arrangert sightseeing til Akvariet, Troldhaugen (Edvard Griegs hjem) og Fantoft stavkirke. Og som om ikke det var nok: For deltakere som ønsket å se mer av Norge, var det tilbud om to og tre dagers turer med turbuss med guide og overnatting til Voss eller gjennom Hardanger, Lærdal, Borgund stavkirke, over Fillefjell, gjennom Hemsedal og Hallingdal til Oslo.

De aller fleste kongressdeltagere var innkvartert i studentboliger på Fantoft, den gang drevet i feriene som Fantoft Sommerhotell. Mellom hotellet og Studentsentret var det satt opp egne busser. Alle deltakere fikk servert lunsj i Studentsentrets lokaler, der det også var utstillinger fra legemiddelfirmaer og utstysleverandører (figur 7).



Figur 6: Fra banketten i Håkonshallen. Foto: IAM.



*Figur 7: Mer enn 50 firma hadde utstilling i forbindelse med kongressen. De fleste var farmasøytiske firma som reklamerte for sine medikamenter, men det var også mange som solgte medisinsk utstyr, kontormaskiner og rekvisita, bandasjer og forsikringer. Bildet viser standen til Max Manus, et kjent firma som leverte kontorutstyr til mange legekontor. På bildet ser vi to salgsrepresentanter og viktige produkter for legekontorer den gang; diktafoner, intercom (interntelefon), regnemaskiner og en datamaskin. Foto: IAM.*

## Et tidsvitne forteller

Kongressen i Bergen fikk stor betydning for allmenntilleggen lokalt og nasjonalt. Bergensmiljøet ble satt på kartet, man gjennomførte en svært vellykket kongress, og mange deltakere dro hjem litt klokere og med en bedre allmenntilleggen selvfølelse. *Gisle Roksund*, nå fastlege i Skien og leder i NSAM/NFA i årene 2003–2011, forteller her på oppfordring om sin deltakelse på kongressen i Bergen:

I 1981 var jeg 30 år, distriktslege i Ulvik og Granvin i Hardanger, min første faste jobb. Jeg gikk én til todelte vakt med stadige nye turnuskandidater. Det var en veldig spennende, men ensom jobb. Jeg var helt fersk i faget, men hadde ingen veileder eller utdanningsgruppe å støtte meg til. Så fikk jeg nyss om at det skulle arrangeres en stor, nordisk kongress i allmenntilleggen i Bergen. To år tidligere hadde jeg vært på kongressen i København. Det hadde gitt mersmak. Én ting var det faglige påfyllet, en helt annen sak var det kollegiale og sosiale påfyllet og de faglige diskusjonene. Jeg opplevde at det var riktig mange der ute som hadde samme jobb som jeg, som

strevde med de samme utfordringene i faget. Mange var solopraktikere som jeg, men det var en voksende interesse for at kolleger burde slå seg sammen i gruppepraksiser. Jeg må innrømme at jeg ikke husker mye av foredragene på kongressen i Bergen i 1981. Men jeg husker diskusjonene på gangen og i pausene. Det var en begeistret og forventningsfull stemning. På kongressen traff jeg en erfaren kollega fra traktene der både min kone og jeg kom fra. Han var distriktslege i Siljan, og her skulle man utvide fra en til to leger. Han argumenterte godt for å være to samarbeidende kolleger, og et år senere flyttet vi til hjemtraktene hvor jeg ble distriktslege i Siljan sammen med Ole Bjørn Herland. Han ble min faglige mentor, og han tok meg to år senere med til stiftelsesmøtet for NSAM i Det Medisinske Selskabs lokaler i Oslo. Dermed var min faglige forankring beseglet.

## Litteratur

- Holte M. Refleksjoner etter 2. Nordiske kongress i almenmedisin. *Utposten* 1981; 10 (7-8): 3.
- Humerfelt S. Åpningshilsen 2. Nordiske kongress i almenmedisin 17. juni 1981. *Utposten* 1981; 10 (6): 3-5.
- Kristiansen IS. Nordiske kongresser i allmenmedisin: Forskning eller vekkelse? *Utposten* 2009; 38(5): 48.
- Mellbye F. Hva er samfunnets krav til primærlegen? *Tidsskr Nor Lægeforen* 1981; 101: 1408-9.
- Nordic Federation of General Practice ApS (NFGP) <https://www.nfgp.org/> Lest 2.8.2021.
- Sigurdsson JA. Milestones in the development of Nordic general practice. *Scand J Prim Health Care* 2013; 31: 3-5.
- Sigurdsson JA, Stavdal A, Getz L. The Nordic congresses of general practice: A gateway to a global treasure? *Scand J Prim Health Care* 2006; 24: 196-8.
- Stavdal A. The Nordic federation of general practice. *Scand J Prim Health Care* 2005; 23: 129.

### 3. Institutt for almenmedisin 1984–1991: En ny giv

*Michael 2022; 19: Supplement 29, 59–60.*

*I årene 1984–1991 var aktivitetene ved instituttet sterkt preget av Per Fugelli, den nye professoren som overtok etter Sigurd Humerfelt den 1. september 1984. Fugelli mente instituttet i Bergen hadde stått på stedet hvil og trengte en revitalisering. Denne delen av boken innledes derfor med en biografi over Per Fugelli. Han var hjernen, strategen og gründeren som med stor iver og kraft gikk inn for å nå sine mål. Hoveddelen er likevel en mer beskrivende omtale av instituttets virksomhet, med vekt på organisasjon og drift, ansatte, forskning, undervisning og videre- og etterutdanning. Stoffet er i hovedsak hentet fra dokumenter, avisoppslag og annet skriftlig materiale, spesielt fra årsmeldingene som var fylldige og detaljerte i denne perioden. Men Fugellis instituttbyggingsprosjekt ligger som en aura rundt fortellingene.*

I samarbeid med Bergen kommune ble gruppepraksisen omorganisert fra privat legesenter til et kommunalt legekantor med navnet Ulriksdal legesenter, med leger i kombinerte stillinger som kommuneleger og vitenskapelig ansatte. Universitetet og andre kom med flere stillinger, miljøet ble større og mer mangfoldig (figur 1). Det ble lagt store planer for økt undervisning og praksisutplassering i allmennmedisin. Nye forskningsstrategier ble utarbeidet, og de første større prosjektene kom i gang. Forskningsrådet bevilget penger til et program for allmennmedisinsk forskning som satte mange spor etter seg i Bergen.

Mot slutten av perioden startet det utredninger for å slå sammen små institutter til større. Allmennmedisinmiljøet så for seg, og arbeidet for, et Institutt for kommunehelsetjeneste, men slik skulle det ikke gå.

I 1991 forsvant Per Fugelli til sosialmedisinen, først i Bergen, så til Oslo. Han visste han hadde flinke folk etter seg, som kunne fullføre de prosessene han hadde påbegynt. Mye av det som ble startet i denne perioden, finnes det tydelige spor av den dag i dag.



*Figur 1. Medarbeiderne ved Institutt for allmenntmedisin og Ulriksdal legesenter i 1987. Rekkevis fra venstre nederst. John Gunnar Møeland, Steinar Hunskaar, Jorunn Støylen, Per Fugelli, Anders Lund, Anders Børheim, Gudrun Mangersnes, Kirsti Malterud, Eivind Meland, Ester Myrvold, Tine Hørøy, Pål Voltersvik, Kirsten Salomonsen, Toril Lømsland, Signe Zachariassen, Kjell Haug og øverst Ingjerd Hatland og Kirsten Skinlo Rokstad. Foto og montasje: Kirsti Malterud.*

## 3.1 Per Fugelli – en allmennmedisinsk biografi<sup>1</sup>

*Michael 2022; 19: Supplement 29, 61–8.*

*Som nyutnevnt og utålmodig professor var Per Fugelli (1943–2017) ikke imponert over status for akademisk allmennmedisin i Norge anno 1984. Til gjengjeld hadde han ambisiøse planer for å bygge opp faget med utgangspunkt som leder for Institutt for allmennmedisin ved Universitetet i Bergen. For mange i dag er det samfunnsdebattanten, sosialmedisineren, rikssyneren og folketaleren Per Fugelli man kjenner til. For oss var han den som forandret den akademiske allmennmedisinen i Norge, og professoren som på ideologisk basis utrettelig arbeidet for grunnutdanningen, akademiseringen og allmennmedisinens grunnverdier. I dette kapitlet gir vi en oversikt over hans liv og virke.*

Per Fugelli ble født i Stavanger 7. desember 1943. Faren var huslege og sønnen fulgte i hans fotspor og studerte medisin i Oslo. I et intervju i *Utposten* i 2014 sier han at allmennmedisinen var på vei mot en slags død da han selv var ferdig utdannet i 1969. Faget ble nærmest sett på som en søppelkasse, og det var mye mismot, stigma og fordommer.

Per Fugelli (heretter kalt Per F) var professor i Bergen Vi samarbeidet tett med ham i viktige år da akademisk allmennmedisin virkelig slo rot og utviklet seg til et viktig, stort og vitalt felt i Bergen og Norge, med betydning ikke bare for praksisfeltet, men også for helsepolitikk og helsevesenet ellers. Her har Per F satt varige spor.

### **Praksis og forskning hånd i hånd**

Per F fikk turnusplass på Værøy og Røst og ble deretter distriktslege samme sted i årene 1970–1973. Her samlet han systematisk inn helsedata fra samfunnet og legepraksisen, og etter noen år som stipendiat i Oslo disputerte

---

<sup>1</sup> Dette kapitlet bygger på vårt minneord trykt i *Utposten*. Og ikke minst vår egen hukommelse!



*Figur 1: Datainnsamling til doktorgradsavhandlingen «Helsetilstand og helsetilstand på Værøy og Røst». Bildet er fra Værøy legekontor der Per Fugelli studerer journalprotokollene sammen med sine medarbeidere sykepleierne Åsa Uhre Olsen og Lilly Borge. Som legestudent tilbrakte Kirsti Malterud i 1973–1974 ett år på Værøy og Røst som forskningsassistent i dette prosjektet. Her ble interessen for allmennmedisin og forskning vekket. Foto: Kirsti Malterud.*

han i 1978 for den medisinske doktorgraden ved UiO med avhandlingen «Helsetilstand og helsetjeneste på Værøy og Røst», en epidemiologisk kartlegging av sykkelighet, legemiddelforbruk og legesøkning (figur 1). Men allerede i 1975 presenterte han i boken «Tilbake til huslegen» noen akademiske motforestillinger. Han hevdet at den naturvitenskapelige slagsiden innen medisinsk forskning fører til forsømmelser av de menneskelige og samfunnsmessige sider ved sykdomsbegrepet. I hele sitt faglige liv og virke forsømte han aldri muligheten til å påpeke feilskjær og forbedringsmuligheter i det medisinske fagfeltet.

Tiden i Lofoten overbeviste Per F om at allmennlegens erfaringer med helse og sykdom hos hverdagsmennesker i lokalsamfunnet kan motvirke slike skjvheter. Etter gjennomført doktorgrad dro han tilbake til førstelinjen som distriktslege i Porsanger 1977–1980, før han igjen tilbrakte noen år ved Institutt for allmennmedisin ved Universitetet i Oslo som førsteamanuensis.

I 1984 skrev han den legendariske artikkelen «Du skal skrive ditt fag», der han refset oss alle og beskrev en kollektiv allmennmedisinsk skrivelammelse. Han hevdet at en slik åndelig slapphet var farlig for faget, og argumenterte for at vi måtte bygge opp en allmennmedisinsk vitenskap som skulle være fagets ankerfeste og berettigelse. Han tok seg selv på ordet, og la aldri skjul på at han så seg selv i en ledende rolle som professor i faget. Per F la derfor stor vekt på samarbeid og allmennmedisinsk «nasjonsbygging». Han var leder i Allmennmedisinsk forskningsutvalg i 1982–1984 og leder i Redaksjonskomiteen i *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 1982–1989, begge steder som en ivrig pådriver for allmennmedisinsk publisering. Han var ivrig deltaker på Utstein-seminarene og de allmennmedisinske instituttmøtene i mange år.

### **Professor i Bergen 1984–1991**

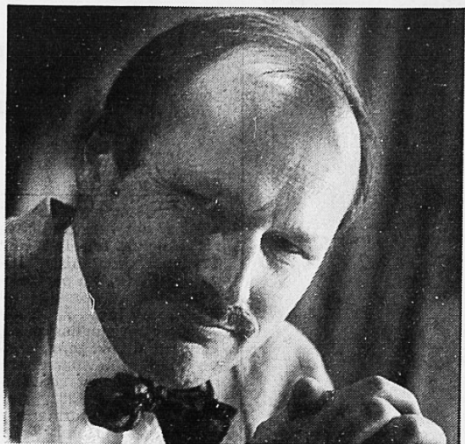
Per F kom i 1984 til Universitetet i Bergen som professor i allmennmedisin etter Sigurd Humerfelt. Han anerkjente Humerfelts innsats, men mente at neste fase i utviklingen var best tjent med en ny start med blanke ark. Som de neste kapitlene i boken viser, lanserte Per F raskt vidløftige og framtidrettede planer for et akademisk allmennmedisin i Bergen. I sitt omfattende nybrottsarbeid for å styrke fagets posisjon og innhold, ble han av mange professorkolleger sett på både som rabulist og bulldoser. Men han sto opp i fakultetsrådet og forsvarte sine planer. Dekanus ble invitert på konditori og overtalt til å gi faget forsvarlige ressurser og plass i studieplanen. Med åpne øyne overskred han budsjettet for å synliggjøre at bevilgninger måtte følge med de økte oppgavene som faget påtok seg.

Gjennom ny organisering, nye stillinger og utradisjonelt rekrutteringsarbeid knyttet Per F til seg en fargerik gjeng av medarbeidere med svært ulik akademisk bagasje. Han inviterte til nyskapende studieplanutvikling, diskusjoner om fagets utvikling, plass og ideologi, samt konkrete planer for forskningsarbeid og doktorgrader. Slik var det vi begge ble lokket inn i allmennmedisinske kombistillinger i 1986/87 fra veldig ulike utgangspunkt.

Institutt for allmennmedisin i Bergen ble en inspirerende og lærerik arbeidsplass for mange av oss som kom inn i universitetsmiljøet under ledelse av Per F på denne tiden. Vi opplevde ham som frisk og nytenkende, åpen for alt som kunne tenkes å tilføre allmennmedisinen noe nyttig og viktig, med tydelige verdier for faget, og alltid oppmuntrende. Ikke minst opplevde vi, og samarbeidet om, Per F sin strategi om å vitenskapeliggjøre det allmennmedisinske fagområdet. Varemerket «allmennmedisin» måtte ha et solid innhold, der pasienter, kolleger og politikere kunne identifisere et spesifikt produkt bak etiketten.



# Per Fugelli angrer



Professor Per Fugelli ligger hjemme med hjernerystelse: Sist søndag ble jeg bokstavelig talt kastet ned fra min høye hest.

ANDERS MAGNUS

— Jeg angrer på min uttalelse til Bergens Tidende om at medisinerstudentene er en «gjeng selvdiggere», og ber uforbeholdent om unnskyldning.

Professor Per Fugelli ved Institutt for Almenmedisin ved Universitetet i Bergen innrømmer overfor Bergens Tidende at han har fått mye kjeft for sin provoserende uttalelse til avisen forrige tirsdag:

— Men jo mer kjeft jeg får, jo gladere blir jeg, for da forstår jeg jo at jeg har tatt feil. Slik som det nå utvikler seg, skal det bli vanskelig å se forskjell på medisinerstudenter og medlemmer i Frelsesarmeen, sier han — fortsatt med et ertende glimt i øyet.

— Studentene spurte i et leserinlegg «Hvor er professor Fugelli? og det skal jeg fortelle. Jeg ligger hjemme med dobbeltsidig hjernerystelse. Den første fikk jeg søndag da jeg bokstavelig talt ble kastet ned fra min høye hest — under en ridetur i stormen. Den andre fikk jeg i form av en knock-out fra studentene.

Det er synd at hjernerystelsen ikke kom før den dumme uttalel-

sen, så hadde jeg jo hatt noe å skyldte på.

— Hvordan ville du formulert deg i dag?

— Jeg står fortsatt på at vi er inne i en ego-dreining av samfunnet, også innenfor medisinen. Bare se på privatiseringen, supertilbudene til den rike del av landet, legenøden i utkant-Norge og utarmingen av de offentlige helsetilbudene for vanlige folk.

Solidaritetstankegangen har magre kår i norsk medisin for tiden, og dette merkes også blant studentene. Vi må derfor sørge for at studiene gir dem den ballast av sosial samvittighet og humanistiske holdninger som alltid har vært til legerollen, sier Per Fugelli fra sykesengen.

*Figur 2: Per Fugelli skjøt ofte fra hoften i foredrag og intervjuer, og ikke alt kom like heldig ut. I et intervju fra 1985 om privatisering og kommersialisering av helsevesenet tok han en sving innom legestudentene i Bergen også. Uken etter måtte han krype til korset og angre seg. Samtidig fikk han fortalt at han drev med ridning, og at han hadde falt av hesten, og kunne bruke et kjent uttrykk som et retorisk poeng. Typisk Per F! Fra Bergens Tidende 13. november 1985. Kilde: Nasjonalbiblioteket.*

Under årene i Bergen ble Per F en mye benyttet foredragsholder, da først og fremst som allmenmedisinsk tenker og forkynner. Det allmenmedisinske fag var hans budskap; konsentrasjon om den kliniske kjernen (hverdagsmedisinen), kompetanse (grunnutdanning og spesialistutdanning) og fagets ideologi (gullet eller krystallene). Ikke alt var like vellykket, men han kom seg stort sett pent ned på beina etter friske utspill (figur 2). Han hadde synspunkter om allmenlegens konsentrasjon om det kliniske arbeidet som fikk liten støtte, og han arbeidet for å opprette et vitenskapelig institutt for kommunehelsetjenesten, som ble noe helt annet enn han hadde tenkt (Institutt for samfunnsmedisinske fag). Han hadde også sterke personlige ambisjoner om selv å fullføre den nye spesialistutdanningen i allmenmedisin. Han vikarierte en tid ved Ulriksdal legesenter, men ga fort opp dette forsettet for egen del, selv om han alltid vektla betydningen av at akademiske stillinger i faget burde være forankret i praksis.

I løpet av få år initierte Per F en rekke forskningsprosjekter om kliniske problemstillinger, kommunikasjon, prøvetaking og reseptforskrivning – områder som er akademisk levende i instituttmiljøet den dag i dag. Det var ingen tvil om at han hadde en strategisk plan om hva det var viktigst å ta fatt på. Han inngikk allianser med andre (sykehus)fag om forskningsprosjekter, veiledning og stillinger. Samtidig var det hele tiden en god balanse mellom revolusjonær fagkritikk, pragmatisk hverdagsmedisin og vitenskapelig kvalitet.

Per F var tidlig opptatt av strukturen og det indre liv på instituttet. Han etablerte en sosial kultur preget av det som kjennetegner et godt akademisk miljø med mangfold, kritisk refleksjon og deling av kompetanse og erfaringer. På denne måten bidro han til å gi det allmennmedisinske universitetsmiljøet i Bergen god bredde og takhøyde, med plass for mange slags stemmer. Vi har begge personlig erfart hvordan dette var en viktig forutsetning for at vi kunne utvikle våre egne sterke sider i godt samspill med andre.

### **Fra allmennmedisin til sosialmedisin og mye mer**

I 1991 meldte Per F overgang fra allmennmedisin til sosialmedisin med å bli professor i faget, først i Bergen og deretter i Oslo. Da han skiftet beite og bestemte seg for videre innsats med utvikling av den nye sosialmedisinen som ambisjon, kunne han forlate det allmennmedisinske faget og et akademisk fagmiljø i god vekst. På nye marker skulle han utforme sitt medisinske grunnsyn ved å skrive sitt fag. Tematikken var nå tydeligere politisk, med rettferdighet, solidaritet og samfunnskritikk som kjerneverdier. Mens vi andre skrev engelskspråklige artikler i internasjonale tidsskrifter, skrev Per F bøker på norsk rettet mot et bredere publikum. Ved å findyrke essayformatet skapte han sin helt særegne formidlingsstil, ganske annerledes og antakelig vel så effektiv som det som i dag gir akademiske tellekanter og publiseringspoeng.

Hvorfor sluttet Per F som professor i allmennmedisin til fordel for sosialmedisinen? Hvorfor reiste han til Oslo? Sosialmedisinen var et fag som kunne romme hans interesser. Han ble mer internasjonalt orientert, han ble opptatt av ulikhet og helse, av miljøspørsmål, og hans virke som rikssynser og aktiv i media kunne passe vel så godt med et ståsted i sosialmedisin som allmennmedisin. Slik hans utvikling ble rundt 1990, var det både faglige og yrkesmessige muligheter i hovedstaden, men først og fremst var det nok hans nye sosialmedisinske fokus og hovedstadens nærhet til media, departementer og organisasjoner som var viktig for ham. I 1990 var gründerens jobb over. Driftsfasen for akademisk allmennmedisin i Bergen kunne

begynne. Per F mente at andre nå var i stand til å overta den daglige drift både når det gjaldt forskning, undervisning og administrasjon.

Per Fs forfatterskap er omfattende og dekker et bredt register. Folk flest kjenner ham best for kritikk av og visjoner for helsetjenesten, samfunnet og livet selv. Men i hans mangfoldige publikasjonsliste finner vi også en rekke publikasjoner i tradisjonelt akademisk format der han har skrevet om kliniske problemstillinger og arbeidsformer og bidratt til å sette undervisning av legestudenter på dagsordenen. Hans helter var den hjertesyke fiskeren med sin lengsel mot havet og allmennlegen med sin hverdagsnære kunnskapsbase. Skurkene var tabloidavisene, «de vertikale medisinske spesialistene» og Fremskrittspartiet.

### **Fortsatt allmennmedisiner i skrift og tale**

Per F forlot allmennmedisinens formelle posisjoner, men han visste hvor han kom fra i hele sitt faglige liv. Han kunne sin allmennmedisinske ideologi, han var på studiereiser til allmennmedisinske kjernemiljøer i England, USA og Canada, og var oppdatert på litteratur og forskning om de allmennmedisinske kjerneverdier. «Vi må komme oss hjem til allmennmedisinen», sa han, «for å motvirke en medisinsk inflasjon der menneskenes selvbergingssevne svekkes.» Et slikt svart-hvitt-bilde er selvsagt unyansert. Men vi som har latt oss vekke av Per Fs nærvær, vet at han gjerne malte med bred pensel for å få frem de viktigste poengene. Han hadde sin egen litterære stil, med spissformulert begrepsutvikling («flokken din») og kulepunkter («allmennlegens syv krystaller»).

Helt til det siste var Per F også en trofast og etterspurt foredragsholder i allmennmedisinske forsamlinger verden rundt. Etter hvert som fagets praktiske innhold lå lenger tilbake i tid for ham, konsentrerte han seg om de allmennmedisinske kjerneverdier: Den personlige legen, tillit, legepasientforholdet, den pragmatiske legen, kommunikasjonsferdigheter og rettferdighet. Dette var tema han hadde sterke synspunkter på, og mange av hans senere prosjekter hadde klar relevans også for allmennmedisinsk praksis i dag. De siste årene brukte han sin egen kreftsykdom som utgangspunkt for en rekke prosjekter, og hans kommende død var nærmest et offentlig anliggende og debatttema.

### **Oppsummering ved ham selv**

Per F var en tålmodig og strategisk institusjonsbygger for akademisk allmennmedisin, ikke bare en visjonær vekkelspredikant og retorisk refser med sosialmedisinen som talerstol. Innsatsen til Per F gjennom en rekke tiår har satt viktige, tydelige og varige spor i norsk akademisk allmenn-



*Figur 3: Per Fugelli slik vi kjenner han fra hans siste år. Bildet er tatt på Røst i 2016, der han hadde kjøpt seg hus etter legegjerningen på 1970-tallet. Huset på Røst var yndet feriested, skrivestue og et møtested for familie, venner og faglige kolleger i alle år siden. Foto: Kirsti Malterud.*

medisin, direkte og indirekte gjennom påvirkning av oss som kom etter (figur 3).

I boken *Per – glimt av min far* (2014) skriver Aksel Fugelli i intervju form om sin fars liv. Tiden i Bergen har ikke noen stor plass i boken, men vi gjengir her noen passasjer som viser hvordan Per F (P) oppsummerer Bergensperioden for sin sønn Aksel (A):

(P): Da jeg kom til Bergen i 1984, hadde Institutt for allmennmedisin eksistert siden 1972, men det sto på stedet hvil. Å få instituttet i framdrift krevde intenst politisk arbeid. Smiger og sjarm, alliansebygging, det var en machiavellisk oppgave som jeg hadde et skummelt anlegg for. Det var nytt for meg å drive entreprenørskap, å arrangere forskningsmøter og metodekurs, få inn gjesteforelesere, få på plass en skikkelig studieplan, fange inn flinke folk og øke den vitenskapelige produksjonen. Jeg hentet Kirsti Malterud rett fra allmennpraksis og Steinar Hunskår fra laboratoriemedisin. Begge er nå professorer med mye viktig forskning bak seg. Steinar Hunskår klarte å gjennomføre det jeg ga opp selv, å lage den første norske læreboka i allmennmedisin. Den er et mesterverk som har vekket internasjonal oppmerksomhet (A): Hvorfor var det så viktig å gjøre allmennmedisinen til et akademisk fag?

(P): Et fag som ikke har egen forskning, som ikke har noen lærebok, som ikke finnes på studentenes studieplan, det er knapt noe fag. Allmennlegene var en pariakaste i medisinen. Det fantes nok av dem som mente vi måtte holde oss med allmennpraktikere av geografisk nød, fordi spesialistene ikke kunne være over hele landet. Og dessuten måtte det være et sted for de dumme å havne.

(A): Du smatt ut sideveien og tok professoratet i sosialmedisin i Oslo. Har du aldri skammet deg over at du skiftet beite?

(P): Nei, himmel og hav, hvorfor skulle det være forbundet med skam? Å bygge opp instituttet i Bergen er en av de tingene jeg virkelig er stolt av.

## Litteratur

Fugelli A. *Per: glimt av min far*. Oslo: Cappelen Damm, 2014.

Fugelli P. Du skal skrive ditt fag. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1984; 104: 1343-6.

Fugelli P, Heath I. The nature of general practice. *BMJ* 1996; 312: 456-7.

Fugelli P, Ingstad B. *Helse på norsk. God helse slik folk ser det*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2009.

Fugelli P. *Døden, skal vi danse?* Oslo: Universitetsforlaget, 2010.

Fugelli P. En lesebok. Tekster i utvalg 1969–2014. Oslo: Universitetsforlaget, 2014.

Fugelli P. James Mackenzie Lecture. Trust--in general practice. *Br J Gen Pract* 2001; 51: 575-9.

Fugelli P. The Zero-vision: potential side effects of communicating health perfection and zero risk. *Patient Educ Couns* 2006; 60: 267-71.

Haug K, Hunskaar S. Å bygge et institutt. I: Fugelli P, Nylenna M, Bjørndal A (red). *Med makten i sitt ord: Festskrift til Per Fugelli på 60-årsdagen*. Oslo: Unipub forlag, 2003: 33-45.

Høyen S. Allmennlegen – hipp hurra og nam nam! Intervju med Per Fugelli. *Utposten* 2014; 43 (6): 2-5.

Malterud K, Hunskaar S. Per Fugelli og allmennmedisinen. *Utposten* 2017; 46(6): 2-6.

## 3.2 Å bygge et institutt er lagarbeid

*Michael 2022; 19: Supplement 29, 69–86.*

*De sju årene 1984–1991 da Per Fugelli var professor i allmennmedisin, skjedde det store endringer ved instituttet i forhold til slik det hadde vært i Humerfelt's tid. I dette kapitlet beskriver vi disse endringene i organisering, drift, ansatte, forskning, undervisning og videre- og etterutdanning. Selv om Fugelli startet opp nesten alene, og hadde mange klare og sterke meninger om hvordan det «nye» instituttet skulle bli, så var han avhengig av å rekruttere nye og flere personer som kunne ta på seg ulike oppgaver innen både forskning og undervisning. Å utvikle fagmiljøet var ikke noe enmannsverk, men solid lagarbeid over mange år, dog under Fugellis tydelige ledelse.*

Fugelli startet som professor 1. september 1984, som den eneste i fast vitenskapelig stilling. Fra den gamle tiden var det bare kontorfullmektig Jorunn Støylen som ble med videre. Amanuensis Olav Sulheim sluttet sammen med Humerfelt, og stillingen ble besatt med vikarer de neste par årene. Legene ved gruppepraksisen hadde sluttet i løpet av våren, og drev videre sin pasientvirksomhet organisert som privatpraksis. Universitetsstipendiat Kjell Johansen sluttet i 1985. Ellers var det en rekke korttidsengasjementer i deltidstillinger som hjelpelærere og allmennpraktikerstipendiater, de fleste finansiert av Legeforeningen.

En annen endring av mer grammatisk art, var endring av stavemåten fra *almenmedisin* til *allmennmedisin*, med to l-er og to n-er. Stavemåten på faget hadde lenge vært både forvirrende og omdiskutert, men i 1987 ble de fire instituttene enige om den nye stavemåten. En artikkel i Tidsskriftet kunngjorde endringen (figur 1).

### *Praktiske konsekvenser*

Det er all grunn til å rydde opp i det språklige anarki som i dag gjelder for skrivemåten av allmennmedisin og allmennpraksis/allmennpraktiker. De allmennmedisinske institutter har i 1987 tatt konsekvensen av dette og endret skrivemåten til Institutt for allmennmedisin. Likeledes heter det nå Norsk Selskap for Allmennmedisin. Tidsskrift for Den norske lægeforsking har høsten 1987 endret sin skrivemåte. Det er viktig at Den norske lægeforsking også endrer sin skriveform i offisielle betegnelser som Allmennpraktiker Dnlf og Spesialist i allmennmedisin.

Vi vil også oppfordre våre kolleger til eventuelt å korrigere skrivemåten på eget kontormateriell neste gang det skal trykkes opp nytt. Ved at man korrigerer de offisielle betegnelsene, er det håp om at man også går over til korrekt skriveform av allmenn- i fri tekst.

Vi skal ikke bare skrive vårt fag. Vi skal også skrive det riktig!

Vi vil takke Johan Myking, Nordisk institutt, Avdeling for norsk leksikologi, Universitetet i Bergen, for å ha skaffet til veie de filologiske saksopplysningene som dette innlegget bygger på.

Bergen

*Kjell Haug  
Per Fugelli*

Institutt for allmennmedisin

*Figur 1: Språklig forvirring: Almenmedisin eller allmennmedisin? I en artikkel i Tidsskrift for Den norske lægeforsking 1988; 108: 332-3 gjøres det et forsøk på å avslutte diskusjonen en gang for alle. Faksimile av den siste delen av artikkelen.*

*Kilde: Nasjonalbiblioteket.*

## **Akademi og praksis hand i hand? Strategi og personalpolitikk**

Fugelli innså at instituttet hadde skjøttet kontakten med klinikken godt, både internt gjennom legesenteret og med stor kontaktflate til de lokale legene. Likevel mente han at noe var galt i forholdet mellom akademi og praksis: Instituttene var for teoretiske og for mye preget av andre fagområders forskningsmetoder og interesseområder. De måtte dessuten gjøres mer kliniske, og større fokus måtte settes på den klinikken en møter utenfor sykehusmiljøene.

Med «klinisk» mente han to ting: Akademisk allmennmedisin var tematisert i ferd med å fjerne seg fra pasientene og dermed skjevutvikle seg i retning av teoretisk helsetjenesteforskning og samfunnsmedisin. Og de vitenskape-

lig ansatte ved de andre allmennmedisinske instituttene hadde ingen eller ubetydelig klinisk praksis. Faresignalene var tydelige i form av for mye teoretisk undervisning, for lite klinisk relatert forskning og ideologisk avstand mellom instituttene og praksisfeltet. For å minske avstanden mellom akademi og grasrot, mente Fugelli det var nødvendig med følgende tiltak:

- Mange vitenskapelig ansatte måtte ha kombinerte stillinger
- Det må legges stor vekt på kliniske emner i undervisningen
- Fulltids allmennpraktikere må brukes i undervisningen
- Instituttansatte måtte bli enda flinkere til å møte kollegene på møter og kurs

Denne politikken ble utformet allerede i 1984, og har vært en rettesnor for instituttet i Bergen i alle år siden.

Som første ledd i denne planen var det derfor logisk at det nye legesenteret skulle bemannes av kombileger (se nedenfor). Men ved diskusjonen om nye stillinger på 1980- og 1990-tallet, ble spørsmålet om kombinerte stillinger stadig et tema, også nasjonalt. Det var stor enighet om at den neste stillingen ved instituttet (fra 1987/1988) skulle være en full amanuensisstilling. For det første var det kompetente interessenter til en slik stilling, for det andre var rekrutteringssituasjonen og kontinuiteten i kombistillingene dårligere enn ønsket, og for det tredje var erfaringene fra instituttets indre liv at det trengtes personer som var til stede i universitetsfunksjonen hele uken. I alle stillingsutlysninger senere har man lagt vekt på klinisk erfaring fra allmennmedisin, samtidig klinisk virksomhet inntil 50 % har vært ønskelig, men det er ikke satt absolutt krav om spesialitet. Dette har vært en klok politikk, både prinsipielt og reelt.

Rekrutteringen av personer til hele stillinger har variert mye opp gjennom årene. Et mønster har vært at personer man hadde kvalifisert for universitetsstillinger gjennom doktorgrad og stipendperioder, rett og slett ikke ville forlate sine kliniske stillinger fullstendig. Ved innføringen av fastlegeordningen hadde 10 av 11 fast ansatte ved allmennmedisinseksjonen gjort avtale om fastlegeavtale. Ved utgangen av 2021 har 12 av de 18 ansatte allmennlegene fastlegeavtale, og alle i fulle stillinger er spesialister i allmennmedisin. Bergensmiljøets fast ansatte er altså fortsatt sterkt involvert i klinisk arbeid, helt i tråd med målsettingene fra 1984.

Debatten om det rette forholdet mellom teori og praksis for universitetsansatte har likevel vært levende i alle år. Dag Bruusgaard (UiO) utfordret i *Utposten* i 1986 synet om at man måtte ha halv praksis for å være en «ekte akademisk lærer» i allmennmedisin. Han stilte spørsmål om dette var rett bruk av sparsomme ressurser, og svarte selv nei på dette. Teorifattigdom var



et større problem en praksisfattigdom for instituttene, og for stor praksisandel ville føre til manglende konsentrasjon om teori og langsgående og penetrerende forskning. Teoretisk allmennpraksis måtte styrkes på andre måter enn med mer praksis, mente Bruusgaard. I ettertid kan man si at motsetningene har vært der, men har ført til få konflikter. Det er ikke tvil om at enkeltpersoner har drevet penetrerende og avansert teoriutvikling og god forskning selv om de har vært i halv tids praksis, på samme måten som andre forskere har opprettholdt spesialiteten og hatt god praksiskontakt med en liten klinisk stilling.

### **Fra universitetspraksis til kommunalt legekontor**

Gruppepraksisen i instituttet hadde altså fungert godt siden starten, gitt premissene, med lite turnover blant leger og medarbeidere og god tilgang på pasienter. Men det var mørke skyer i horisonten allerede i Humerfeldts tid. For det første var det signaler på at legeförenings sterke subsidiering av driften ikke ville bli forlenget i det uendelige. For det andre var det store utfordringer med å tilpasse denne praksismodellen i forbindelse med den nye Kommunehelsetjenesteloven som ble satt i verk i 1984, med kommunalt, og ikke statlig, ansvar for primærlegetjenestene. Fugelli mente dessuten allerede før tiltredelsen at gruppepraksisen ikke i tilstrekkelig grad hadde klart å skjytte undervisning og forskning, og mente hovedårsaken var at selvstendig næringsdrift og stykkprissystem ikke lot seg forene med universitetsoppgaver på det ønskelige nivå.

Det ble derfor i 1984 først arbeidet for å omforme legepraksisen til en universitetsdrevet, fastlønnet praksis. Fugelli hadde blitt lovet en ny amanuensisstilling fra fakultetet, og sammen med den eksisterende kunne den gi grunnlag for fem deltids amanuensisstillinger, hver med 40% på universitetet og 60% som allmennlege. Bergen kommune var positive til et samarbeid om det som skulle bli *Ulriksdal legesenter*, men avtalen gikk til slutt ut på fire amanuensisstillinger/bydelslegestillinger med fordeling 50/50 %. Disse ble lyst ut sent i 1985. Samme år ble de nedslitte lokalene pusset opp, slik at det nye legesenteret fremsto som nytt og trivelig.

Når det gjelder videre omtale av Ulriksdal legesenter og senere legekontor tilknyttet instituttet, så vises det til et eget kapittel senere i boken.

### **Stillinger, folk styring og areal 1984–1991**

De fire kombinerte stillingene ble utlyst ved årsskiftet 1985/86. Det meldte seg en rekke søkere med ganske uensartet bakgrunn. Fugelli forsvarte alltid bredde i vitenskapelig skolerung som en styrke for miljøet. Mange var skeptiske til at historien skulle gjenta seg, ved at personer fra andre miljøer enn

de allmennmedisinske skulle komme i ledende posisjoner i allmennmedisinen. Fugelli hadde to hovedsynspunkter på dette: Andre fagområder kunne bidra med mye god, generell forskningskompetanse som allmennmedisin ikke hadde, og det var lettere å lage allmennpraktikere av «ferdige», unge forskere enn å lage gode forskere av allmennpraktikere med mange års klinisk erfaring. Unge personer med god progresjon i sin forskerkarriere, nesten uansett tema, måtte være av interesse for et allmennmedisinsk miljø med store oppgaver foran seg. Erttertiden har vist at denne strategien har fungert godt i Bergen både da og siden. Noen har kommet for å bli, andre har vært innom og snust, men funnet at allmennmedisin ikke var deres felt. Doktorgradskandidater har også vært forsøkt rekruttert tidlig, gjerne allerede fra studietiden, som uttrykk for den samme opprinnelige ide om «å bringe de gode hjernene til vårt fag», som Fugelli engang uttrykte det.

Det var en rekke søkere til de nye kombinerte stillingene, og i løpet av 1986 ble de fire tilsatt og startet opp før og etter årsskiftet 1986/1987: Kjell Haug, Kirsti Malterud, Steinar Hunskaar og Pål Voltersvik. Sist i 1987 ble instituttet tildelt enda en amanuensistilling og også en stilling som universitetsstipendiat. Senere kom en professor II-stilling, slik at ved inngangen til 1991 hadde de faste stillingene økt til 4,2 fra 2,0 i 1984. I tillegg var det i 1990 hele ti personer i vitenskapelige og administrative stillinger finansiert av UiB, NAVF, Kreftforeningen og andre eksterne kilder.

### *Formell ledelse*

Per Fugelli ble tilsatt som professor og samtidig styrer ved instituttet, det var en del av stillingen. Det var på den tiden ingen valgte styrere eller faste styrerperioder i fakultetet. Men fra 1987 meddelte instituttet at de hadde opprettet et verv som visestyrer, og at førsteamanuensis Steinar Hunskaar skulle ha dette vervet. Fugelli var styrer inntil 28. februar 1990, da han overlot roret til Steinar Hunskaar som samtidig startet i 100% stilling. Kirsti Malterud ble da ny visestyrer.

### *Arealer*

Instituttet hadde fra starten av hele underetasjen og deler av første etasje i Ulriksdal 8c. Det var trangt og lite plass for stipendiater og nye stillinger. I 1985 fikk instituttet overta og ominnredet en 3-romsleilighet, slik at man rådde over hele andre etasje, totalt sett 617 kvm. I 1986 fikk man ytterligere 120 kvm i tredje etasje, med tanke på det nye forskningsprogrammet til NAVF. Universitetet spiste seg sakte og sikkert innover og oppover i bygget, og mye mer skulle det bli få år senere.

## Forskningen 1984–1991

Allerede første året presenterte Fugelli en ambisiøs femårsplan for instituttets forskningsvirksomhet. Hovedprinsippet var at de framtidige forskningsprosjektene skulle rettes inn mot den genuine, allmenntilgjengelige klinikk: De vanlige sykdommers forekomst, ytringsformer, forløp, utredning og behandling i førstelinjetjenesten. I 1986 ble omtalen spisset, og tre områder skulle prioriteres:

1. Forskning i konsultasjonsteknikk og lege-pasient-kommunikasjon.
2. Pasientrettet forebyggende helsearbeid på allmennpraktikerkontoret.
3. Forskning rettet mot de hyppige hverdagssykdommenes forekomst, sykdomsbilde, utredning og behandling i første linjetjenesten.

Interessant nok ble dette skrevet på et tidspunkt da man visste hvem som hadde fått kombi-amanuensisstillingene, og temaene var tydelig tilpasset interessefeltene til Malterud, Haug (figur 2) og Hunskaar.

# Fem minutter om gravide og røyking



OSLO: I et Stopp røyken-prosjekt på Vestlandet skal 265 almenntilgjengelige leger forsøke å få 2.000 gravide og ikke-gravide kvinner i alderen 18–34 år til å stumpe røyken. Hver lege skal bruke fem minutter av sin konsultasjon med klienten til å fortelle om helseskadene ved røyking, samt dele ut informasjonsmaterieil.

Det er Institutt for allmenntilgjengelig medisin i Bergen som skal lede undersøkelsen, som finansieres av Landsforeningen mot Kreft.

— Gjennom undersøkelsen som pågår i Rogaland, Hordaland og Sogn og Fjordane, håper vi å få svar på i hvor stor grad leger kan få først og fremst gravide kvinner og deres ektefeller eller samboere til å stumpe røyken, sier stipendiat Kjell Haug ved Institutt for allmenntilgjengelig medisin i en pressemelding.

— Vi håper å finne effekten av en slik type røyke-avenningsprogram overfor gravide og ikke-gravide røykende kvinner, med og uten informasjonstiltak til ektefeller og samboere samtidig. I de 12 millioner konsultasjoner som norske allmenntilgjengelige har vært år, ligger det en betydelig mulighet til å forebygge helseskader av tobakksrøyking, mener Haug. Hvis hver lege bruker to minutter av hver konsultasjon til å diskutere røykeavvenning, kan han hvert år få 25 pasienter til å stumpe røyken, tror han.

Institutt for allmenntilgjengelig medisin samarbeider med Institutt for Sosialpsykologi i Bergen og Sentrallaboratoriet ved Ullevål sykehus i Oslo om undersøkelsen. Alle som deltar vil bli fulgt opp over en periode på 18 måneder.

Legene på Vestlandet skal bruke fem minutter med sine kvinnelige pasienter til å fortelle hvor farlig røyking og svangerskap er.

Figur 2: Allerede fra 1984 ble det prioritert å starte forskningsprosjektet som var store og gode nok til å føre frem til doktorgrad. Et av de første var Kjell Haugs prosjekt om røyking i svangerskapet. Prosjektet førte frem til doktoravhandlingen *Smoking cessation among pregnant women. An intervention study in general practice*, med disputas i 1993 ved Seksjon for sosialmedisin, der Haug var førstestamanuensis. Bergens Tidende 13. april 1987. Kilde: Nasjonalbiblioteket.

### *Forskningsstrategien forandres 1989–1990*

Det er interessant å se hvordan forskningsaktivitetene og forskningsstrategiene omtales fire-fem år senere. I løpet av få år hadde instituttet fått flere forskere, ambisjonene var høyere og noen var i gang med doktorgradsarbeider. Fugelli sine overordnede målsettinger var nå knadd til mer spesifikke problemstillinger, der mange ansatte hadde gitt sine bidrag. Både fast ansatte og eksternt finansierte personer var godt i gang med doktorgradsprojekter. Det var etablert samarbeid med andre forskningsmiljøer, og NAVF-programmet hadde tilført betydelige ressurser.

En spesielt interessant og viktig debatt intern ved instituttet på slutten av 1980-tallet, var spørsmålet om allmennmedisinsk forskning skulle organiseres tematisk knyttet til en eller flere seniorforskere, enten omkring en metode (kvalitativ metode, klinisk-kontrollerte forsøk, epidemiologi etc.) eller omkring et klinisk tema (laboratoriet, medikamentforskrivning, hjertesykdommer, urinveislidelser etc.). Dette var viktige og prinsipielle diskusjoner som foregikk i bergensmiljøet og også delvis på nasjonalt nivå. Fugelli var på vei mot en slik tenkning, og i en artikkel i 1988 formulerte han seg i kjent retorisk stil: «Den allmennmedisinske forskningen må disiplineres ved å styre de ensomme ulvene inn i grupper og legge bort haglgeværene og finne frem riflene».

Hunskår, som kom til instituttet fra eksperimentell forskning der forskningsgrupper og tematiske satsinger var den rådende modellen, var en tidlig og tydelig stemme for forskningsgrupper, også i allmennmedisin. På denne måten ville kvaliteten på forskningen øke og kompetansen bedres over tid både hos veilederne og kandidatene. Det var sterke motkrefter, som mente at den allmennmedisinske naturen var å drive med alle slags temaer, for å øke kunnskapene på mange hvite flekker på det allmennmedisinske kartet. Man måtte kunne veilede bredt, det lå i allmennmedisins natur å drive billig, lavteknologisk og med relativ enkel metodologi.

På det felles allmennmedisinske instituttmøtet i 1989 på Utstein kloster var dette spørsmålet et hovedtema (figur 3 og 4). Hunskår holdt innledning om hvordan allmennmedisinsk forskning burde organiseres i 1990-årene. Per Andersen, verdenskjent hjerneforsker og professor i nevrofysiologi ved Universitetet i Oslo, var invitert for å fortelle om hvordan man organiserte forskningen basert på forskningsgrupper (Andersen var seinere hovedveileder for Moser-paret, som fikk Nobelprisen i 2014). Innleggene utløste stort engasjement og mange følelser.

Hjemme i Bergen var det ingen tvil om at Fugelli lot seg inspirere av gruppemodellen. Årsmeldingen for 1990 viser dette tydelig, der både Fugelli, Hunskår og Malterud var ansvarlige for teksten som styrere og visestyrere:



Figur 3: Felles allmennmedisinsk instituttmøte i 1988. Her er viktige personer i norsk allmennmedisin samlet for å diskutere felles problemer og mulige løsninger. Fra venstre: Professor Christian Borchgrevink (Oslo), professor Anders Forsdahl (Tromsø), professor Dag Bruusgaard (Oslo), Per Fugelli, førsteamanuensis Olav Rutle (Oslo) og (så vidt) førsteamanuensis Hasse Melbye (Tromsø). Foto: Kirsti Malterud.



Figur 4: Felles allmennmedisinsk instituttmøte i 1988. Her deler av Bergensdelegasjonen i Kirkenes. Fra venstre: Per Fugelli, John Gunnar Mæland, Kirsten Salomonsen og Kirsti Malterud. Foto: Privat.

«Forskningsaktiviteten ved instituttet har i 1990 vært konsentrert om følgende forskningsområder:

1. Utforskning av kommunikasjonen i lege-pasient-forholdet, hovedsakelig ned kvalitativ tilnærming og tverrvitenskapelig teorigrunnlag.
2. Individrettet, forebyggende helsearbeid på allmennpraktikerkontoret, eksemplifisert med prosjekter innen tobakk, hjerte-kar-risiko og tidlig intervensjon ved alkoholmisbruk.
3. Utforskning av klinikk, diagnostikk og terapi ved urinveislidelser.
4. Praksisanalyser og kvalitetssikring ved legemiddelbehandling og laboratoriebruk i allmennpraksis.

Det arbeides med langsiktige mål innen alle disse forskningsfeltene. Arbeidet består av metodeutvikling, presisering og fordypning, oppretting av forskningsgrupper og samarbeide med andre forskningsmiljøer. Innen alle forskningsområdene er det nå prosjekter på doktorgradsnivå. Ved rekruttering av nye forskere til instituttet har disse blitt forsøkt koblet til pågående prosjekter. Forskning er gitt første prioritet for fast tilsatte i vitenskapelige stillinger. Dette resulterer i at andre engasjementer har vært forsøkt trappet ned. Dette gjelder først fremst deltakelse i kursvirksomhet og populærvitenskapelig arbeid. Selvstendig forskning vurderes som en forutsetning for å kunne gi god undervisning.»

De nye punktene 3 og 4 ovenfor peker fremover mot en stor forskningsaktivitet ved instituttet de neste par tiårene. Hunskår var i ferd med å starte sin forskningsaktivitet innen urininkontinens og Anders Bærheim om urinveisinfeksjoner. Kirsten Skinlo Rokstad og Jørund Straand hadde begge doktorgradsprojekter om legemiddelbruk og -forskrivning, et interessefelt som har hatt aktivitet helt til våre dager. Og sist, men ikke minst, laboratoriebruk i allmennpraksis, der Geir Thue arbeidet sammen med Sverre Sandberg og Fugelli. Fugelli argumenterte sterkt for samarbeid med laboratoriemiljøet på Haukeland om dette feltet, og fikk overbevist fakultetet om å opprette en bistilling som professor II for Sverre Sandberg fra 1990. Dermed var det opprettet en allianse mellom allmennmedisin og klinisk kjemi som skulle få store konsekvenser både akademisk og klinisk siden, ikke minst gjennom opprettelsen av Noklus. Men mer om dette i senere kapitler.

### *Rekrutteringsarbeid til forskning*

Mønsteret med prioriteringer tilpasset rekrutteringssituasjonen gjenkjennes i hele perioden frem mot 1991. Det er en tydelig politikk å rekruttere forskningsinteresserte allmennleger inn i forskning, selv om det ikke finnes muligheter for faste stillinger. Forskningsaktivitet i seg selv, i form av publikasjoner og doktorgrader, blir en prioritert oppgave.

Man tilstrebet seg å øke kvinneandelen til allmennmedisinsk forskning, blant annet ved kurs i medisinsk kvinneforskning og ved at Kirsti Malterud

var med på å lage innstilling om program for grunnleggende medisinsk kvinneforskning etter oppdrag fra Rådet for medisinsk forskning/NAVF.

Instituttet tok ansvar for et ukeskurs i allmennmedisinsk forskning innenfor spesialistutdanningen (omtalt i et annet kapittel). Dessuten tilbød instituttet å være til stede ved spesialistutdanningsgruppens obligatoriske møter om allmennmedisinsk forskning. Et annet viktig virkemiddel for allmennmedisinsk forskerrekuttering var korttidsstipendene på 1–3 månedsverk bevilget av Legeforeningen. Bare i 1989 hadde instituttet 12 slike stipendiater.

### *Intern forskerutdanning og forskningsmøtene*

På denne tiden var det ingen formelle krav til utdanningsaktiviteter for personer som ville bli forskere eller ta doktorgrad. Fagmiljøet, veilederen eller kandidaten måtte selv ta initiativ til slik skolerings.

I hele perioden hadde instituttet faste forskningsmøter hver uke. Her var det dels presentasjon og diskusjon av aktuelle prosjekter, dels hadde man program med et langsgående teoretisk tema. Eksempler kunne være statistikkpakken SPSS, multisenterundersøkelser, klinisk epidemiologi, litteratursøk eller forskningsveiledning. I 1990 publiserte professor Even Lærum og Fugelli sammen en bok om forskningsveiledning, der temaene også hadde vært tema på forskningsmøtene.

### *NAVF programmet*

Forskningsrådet bevilget penger til et nasjonalt program for allmennmedisinsk forskning (1986–1990), som satte mange spor i Bergen. Dette er omtalt i et eget kapittel i boken.

### *Publikasjonene*

Vitenskapelige resultater blir nå nesten utelukkende publisert i engelskspråklige tidsskrifter med fagfellebedømmelse. Slik var det ikke ved Institutt for allmennmedisin inntil 1990. For det første var det få prosjekter å publisere fra og for det andre var det aller meste av publikasjonene bokkapitler og mer populærvitenskapelige artikler i fagblad, medisinske leksikon, artikler i *Utposten* eller i *Tidsskrift for Den norske lægeforening*. Fugelli selv hadde en enorm skriftlig produksjon i Bergensperioden. Opptil 50 publikasjoner årlig er oppgitt i enkelte av årsmeldingene. I perioden 1984–1990 består publikasjonslistene i årsmeldingene av nesten 400 titler. Men engelskspråklige artikler utgjorde et fåtall: 15 for de fem første årene til sammen, men så en stigning til 10 for 1989 og 11 for 1990. En kraftig endring var tydeligvis på gang. Noen av disse siste artiklene skulle inngå i fremtidige doktorgrader.

Kirsti Malterud var den første som disputerte på en avhandling som entydig var et resultat av forskning ved Institutt for allmennmedisin. Ved hennes disputas i 1990 var det altså gått 18 år siden instituttet startet, til den første avhandlingen. Av instituttets ansatte hadde Fugelli sin doktorgrad fra UiO i 1978, Steinar Hunskaar disputerte ved Fysiologisk institutt i 1987 og John Gunnar Mæland disputerte i sosialmedisin i 1988 mens han var førsteamanuensis i allmennmedisin (1987–1989).

### **Å lage gode leger: Høye ambisjoner for undervisningen**

Etter 12 år med allmennmedisin som akademisk fag i Bergen, var situasjonen i 1984 at undervisningen i allmennmedisin var sterkt tilbakestående målt mot de andre fakultetene. Som det eneste universitetet hadde Bergen ikke innlemmet faget som fast og obligatorisk fag med egen studieplan. Det var ingen ordnet uketjeneste, og integrert undervisning i kliniske emner var så godt som fraværende. Professor Humerfelt hadde utarbeidet et nytt forslag til studieplan, og ved professorskiftet ble dette arbeidet overtatt og bearbeidet videre av Fugelli og medarbeiderne Jens Eskerud, Kjell Haug og Kjell Johansen. Planen ble lagt fram for fakultetet i 1985 og ble i samarbeid form også trykt som et 31 siders hefte i Almenpraktikerbiblioteket under tittelen «Å lage gode leger» (figur 5).

Fugelli gikk med stor glød inn i arbeidet med å lage en ny studieplan. Ikke bare var det behov for studieplanen lokalt, men prosessen ble benyttet til en viktig nasjonal diskusjon på de årlige instituttmøtene om hva faget skulle inneholde, hva som måtte prioriteres undervisningsmessig, og hva som var argumentene og premissene for at allmennmedisin skal og må være et obligatorisk fag i studiet.

Dokumentet har vært brukt i samtlige studieplanrevisjoner siden, ikke som en fasit eller en bibel, men som en eksempelsamling og inspirasjonskilde. Ikke minst var argumentene for en lengre praksisperiode viktige å få artikulert, da utplasseringsperioden ved studiet i Bergen stort sett alltid har vært landets korteste. Det er interessant at mens man har gjort store endringer i pedagogikk og faginnhold i mange andre fag, brukte allmennmedisin både 1990-årenes studieplanrevisjoner og de senere på 2000-tallet til å få gjennomført mer og mer av den opprinnelige planen. Ser vi på studieplanen av i dag, er de aller fleste elementene på plass slik det ble planlagt før 1985, om enn til litt andre tidspunkt og med litt andre overskrifter.

*Å lage gode leger. Mål og plan for den allmennmedisinske grunnutdanningen.* Hva inneholdt så denne ambisiøse planen? Først ble det gitt et overordnet mål for studentundervisningen i allmennmedisin:





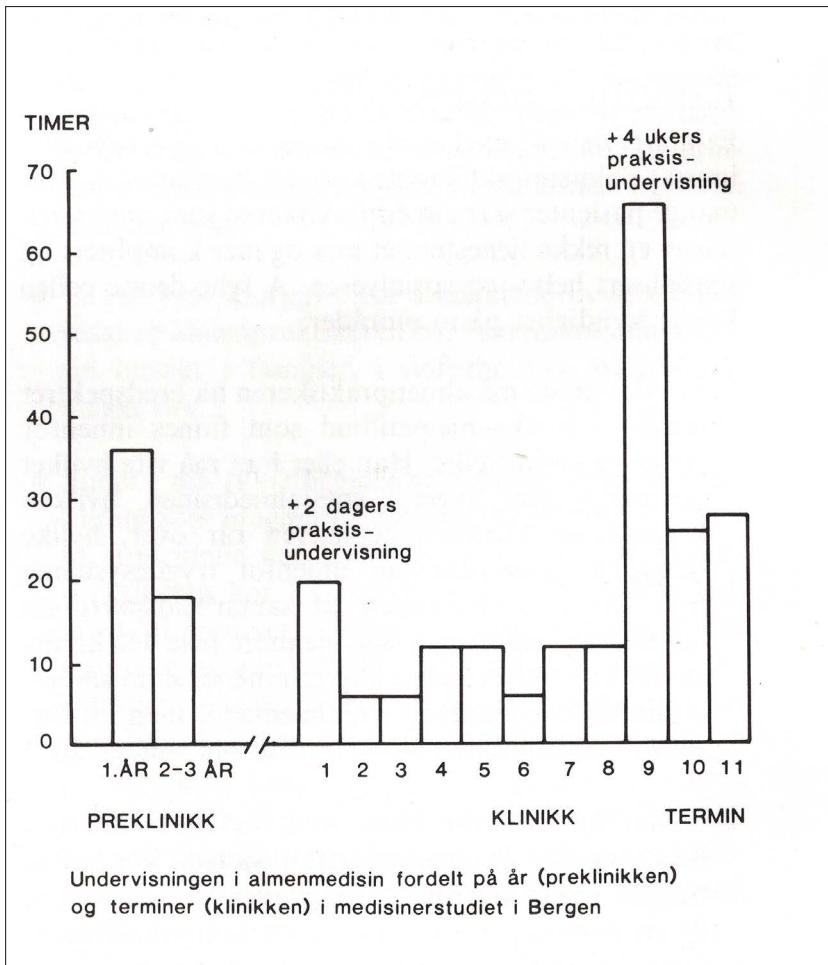
Figur 5: Forsiden av den publiserte versjonen av Å lage gode leger, Universitetsforlaget, 1986.

- Gi innsikt i hvordan vanlige sykdommer ytrer seg, utredes og behandles i førstelinjetjenesten.
- Gi innsikt i de diagnostiske og terapeutiske potensialene som ligger i det kontinuerlige lege/pasientforholdet i allmennpraktikerens kjennskap til lokalmiljøet.
- Gi innsikt i samarbeid med andre deler av helse- og sosialtjenesten så vel på lokalplanet som overfor spesialist- og sykehusmedisinen.

For å fylle denne målsettingen hadde studieplanen åtte spesifikke elementer:

- I. Introduksjonsundervisningen (1. år)
- II. Allmennmedisindelen av adferdsfaget (1. år)
- III. Integreert undervisning allmennmedisin – basalfagene (2. år)
- IV. Propedeutisk allmennmedisin (3. år)
- V. Integreert undervisning allmennmedisin – de klinisk sykehusfag (3. – 6. år)
- VI. Den allmennmedisinske periode, inkludert praksismåneden (5. år)
- VII. De allmennmedisinske klinikker (6. år)
- VIII. Eksamen (6. år)

Studieplanen skulle utgjøre et hele, med et samlet pedagogisk opplegg. Instituttet ønsket derfor å få realisert planen samlet, om enn trinnvis i løpet av en femårs periode. Fordelingen av undervisningen med timetall per år, framgår av figuren (figur 6).



Figur 6: Fordeling av timer og tidspunkt for den foreslåtte studieplanen i allmennmedisin, slik det framgår i en figur fra heftet Å lage gode leger.

Gradvis økning i teoriundervisning og praksis mot 1991, men mye var ugjort Det manglet altså ikke på planer i 1985. Men hva var realistisk å få gjennomført? Det var riktignok kommet flere personer, men plass på studieplanen var det verre med. Og spesielt praksisutplassering krevde forsakelser fra andre fag og mye penger fra fakultetet. Men Fugelli arbeidet utrettelig både i fakultetsrådet og i kulissene.

I 1986 hadde instituttet ansvar for deler av undervisningen i atferdsfag, med til sammen 12 timer. Innledende (propedeutisk) allmennmedisin besto av gruppeundervisning, forelesninger og to dagers utplassering hos allmenn-

leger i bergensdistriktet. I hovedterminen var det ca. 30 timers undervisning, og fire dobbeltimer undervisning sammen med andre institutt kom i gang i 1989.

I 1990 ble det innført ny studieplan, og det ble innført et Grunnkurs i klinikk på fire uker som start på den kliniske delen av studiet. Her fikk allmennmedisin to av ukene, sammen med samfunnsmedisinske emner. Et nybrottsarbeid var et ukeskurs i lege-pasientkommunikasjon i samarbeid med Psykiatrisk institutt, med Kirsti Malterud som ansvarlig (omtalt i et senere kapittel).

Men bøygen var ressurser til praksisutplassering hos allmennleger på Vestlandet. For det første måtte man få plass på studieplanen, for det andre måtte man ha pengene og for det tredje måtte man ha kvalifiserte lærere. Stor var gleden da fakultetet bevilget plass og penger i 1985. Men allerede før dette hadde man startet kvalifiseringen av praksislærerkorpset, gjennom rekrutteringsvirksomhet, studiereiser og kurs med gode lærerkrefter (figur 7). Fra 1987 var det tre ukers utplassering. Denne delen av studentundervisningen har fått sitt eget kapittel senere i boken.

Likevel, og til tross for gode planer: Ved utgangen av 1990 hadde Bergen fortsatt den korteste utplasseringsperioden i landet, man hadde ingen eksamen i faget, og det var lite teoretisk undervisning om de hverdagslige sykdommene, som planen la så stort vekt på.

## Huslegen på vei tilbake

● Det vil ikke gå lang tid før den norske huslegen er tilbake, mener professor Per Fugelli ved Institutt for almenmedisin ved Universitetet i Bergen.

Fugelli leder et kurs for kommuneleger som skal gi de medisinske studentene innsikt i behandling av vanlige sykdommer i studietiden. Fakultetsrådet ved det medisinske fakultet har bestemt at alle studentene i det femte studieåret skal utplasseres i en måned. Målet er å bygge opp en stab på 100 kommuneleger fra de fire vestlandfylkene som vil påta seg å undervise studentene.

Bakgrunnen for ordningen er at det store flertall studenter blir allmennpraktiserende leger. (NTB)

*Figur 7: Ikke bare hadde fakultetet bevilget plass og penger til utplassering i allmennmedisin: Professor Fugelli mente at tiltaket ville føre huslegen tilbake i by og bygd! Bergens Tidende 15. september 1986.*

*Kilde: Nasjonalbiblioteket.*

### *Videre og etterutdanningen*

Samtidig med all satsing på ny undervisning og en økning av studentundervisningen, fortsatte aktivitetene i videre- og etterutdanningen for allmennleger. Arven fra Humerfelt-perioden skulle holdes vedlike! Ansatte ved instituttet eller tilknyttede leger hadde verv i kurskomiteer, var kursledere eller undervisere ved en rekke årlige kurs. Dette er en virksomhet som er høyst levende den dag i dag, og som derfor også er viet et eget kapittel senere i boken.

### **Viktigheten av et godt instituttmiljø**

Forskning og fagutvikling foregår best i et miljø. Fugelli mente at forskning har dårlige kår på trange og mørke loft. Han var opptatt av farger, lys, kunst, kort sagt av inspirerende omgivelser. Miljøet er ikke bare de personer som til enhver tid befolker det, men også møter, seminarer, gjesteforskere og gjesteforelesere, ja til og med hvordan bygninger utnyttes. Institutt for allmennmedisin i Bergen har alltid hatt ord på seg om å ha et godt *miljø*. Hvordan formet Per Fugelli instituttet og miljøet der?

Han var tidlig opptatt av strukturen og det indre liv på instituttet. Da det bare var en håndfull medarbeidere på instituttet begynte han med regelmessige administrasjonsmøter og undervisningsmøter. Han startet med forskningsmøter, en blanding av systematisk forskeropplæring og framlegging av egne data, foredrag og artikler. Dermed var strukturene på plass etter hvert som instituttet ble større. I alle år har forskningsmøtene ved instituttet vært godkjent som kurstimer i allmennlegenes videre- og etterutdanning i tillegg til doktorgradsprogrammet.

Møtene ble en del av *kulturen*, det var ikke oppmøteplikt eller nødvendig å melde avbud, men det lå en klar kollektiv forpliktelse til å komme på møtene og tilpasse andre gjøremål slik at kollisjoner unngås. I tillegg til de faktiske sakene, var det ved disse møtene at felles politikk, strategi og planer ble fastsatt. Møtene var konsensusbasert, bare sjelden var det nødvendig med en uformell håndsopprekking og ytterst sjelden måtte styreren skjære gjennom og ta avgjørelser mot motstand eller et flertall. Møtekulturen bygger det som kjennetegner et godt akademisk miljø; samarbeid, aksept, toleranse og åpenhet. I et slikt klima kan novisen stikke seg fram med sin uferdige ide og den erfarne kan få bryne seg mot kontante innvendinger og saklig kritikk. Det var også et stort samfunnsengasjement og aktuell helsepolitisk debatt. Spesielt noen av Fugellis utspill i media ble gjenstand for både diskusjon og forundring internt.

Fugelli la også vekt på sosiale arrangementer, som instituttfester, juleavslutning og blåturer. Og alle skulle være med; de vitenskapelige, de

administrative, legesenterets ansatte, renholderne, og etter hvert også kantinedamen Kikki og Noklus-folkene. En internasjonal solidaritetserklæring var deltakelsen i en innsamlingsaksjon etter en jordskjelvkatastrofe i Armenia i 1988 (figur 8).

Instituttets relative gode økonomi gjorde også at mange kunne reise på kurs og konferanser, det var mange som fikk reise til de allmennmedisinske instituttmøtene, og etter som vitenskapelige resultater manifesterte seg, ble internasjonale kongressreiser også mer vanlig (figur 9). Alt dette gjorde også

Bergens Tidende onsdag 14. desember 1988



— Nå har vi virkelig sjansen til å hjelpe, sier fra venstre professor i allmennmedisin Even Lærum, bydelslege og vitenskapelig assistent Eivind Meland, forskningsstipendiat fra Armenia Suren Mkrjtjan, professor Per Fugelli og forskningsstipendiat Kjell Haug.

## BT starter innsamling

**TEKST: SIV SÆVERAAS**  
**FOTO: KJUT STRAND**

Bergens Tidende starter i dag en innsamlingsaksjon for å støtte opp om Røde Kors' hjelpearbeid i det jordskjelvrammede Armenia. Flere bedrifter i Hordaland har allerede satt i gang kronerulling, og oppfordrer andre bedrifter til å gjøre det samme.

Et barometer som viser det samlede beløp som BT har fått inn, vil i dagene fremover bli presentert i avisen, og navn på firma eller enkeltpersoner blir offentliggjort. BT markerer startskuddet for aksjonen ved å donere 1000 kroner.

Flere bedrifter i Hordaland har kommet BTs aksjon i forkjøpet. Olsvik legesenter, for

eksempel, samlet mandag inn 1100 kroner, og de ansatte ved forsyningsbasen på Møngstad samlet inn 3600 kroner på to timer i går.

Eivind Meland, som har halv stilling ved Olsvik Legesenter, tok med seg ideen til sitt andre arbeidssted, nemlig Institutt for allmennmedisin ved Universitetet i Bergen. Også der ble initiativet godt mottatt, og kronerulling ble satt i gang.— Det er penger og medisinsk utstyr det er størst behov for. Gjennom denne aksjonen kan vi redde mange liv, sier Meland.

Bedrifter eller enkeltpersoner som vil støtte Røde Kors' innsats gjennom Bergens Tidendes barometer-aksjon, kan levere beløpet mot kvittering i Bergens Tidendes hovedeksponering i Nygårds-gaten hverdager mellom klokken 08.00 og 16.00. Bergens Tidende vil formidle pengene fortløpende til Norges Røde Kors.

*Figur 8: Medarbeidere fra instituttet deltar i kronerulling for jordskjelvrammede i Armenia. 7. desember 1988 ble Armenia rammet av et jordskjelv som la byen Spitak i ruiner, samt ødela store deler av andre byer. Om lag 25 000 mennesker omkom, nesten 100 000 ble skadet og over en halv million ble hjemløse. Bergens Tidende 14. desember 1988. Kilde: Nasjonalbiblioteket.*



*Figur 9: Allmennleger og forskere på 5. Nordisk kongress i allmennmedisin, Århus 1989: Fra venstre: Per Fugelli, Janecke Thesen, Eivind Meland, Bibbi Nore (Oslo) og Marit Hafting. Foto: Kirsti Malterud.*

at de vitenskapelig ansatte ble godt kjent og trygge på hverandre. Mange uformelle arenaer ble brukt til samtaler om strategier, vitenskap og samarbeid. Det må kunne slås fast at det var en sammensveiset gjeng som utgjorde Institutt for allmennmedisin i det instituttet sto foran sin nedleggelse og deretter gjenoppståelse i ny form som seksjon i Institutt for samfunnsmedisinske fag fra 1991.

### **Alt har sin tid**

I 1991 sluttet Per Fugelli som professor i allmennmedisin til fordel for et professorat sosialmedisin i samme nye institutt, og kort tid etter reiste han til Oslo. I perioden 1984–1990 hadde han brukt det meste av tid og krefter på å bygge opp allmennmedisinfaget, han hadde rekruttert personer han hadde tiltro til og den vitenskapelige produksjonen var i godt gjenge. Metodekompetansen var økende. Gründerens jobb var over, driftsfasen kunne begynne. Slik kan man i alle fall tenke, selv om vi kollegene mer følte at vi var et vakkende, uerfarent miljø med en usikker framtid. Men Fugelli mente nok at andre nå var i stand til å overta den daglige drift både når det gjald forskning, undervisning og administrasjon. I tillegg kommer at han selv ikke fortsatte i klinisk virksomhet. Det kan også stilles spørsmål ved om egenut-

viklingen i forskning og metodekunnskap holdt følge med, eller var godt nok tilpasset de prioriteringer som faktisk ble gjort, av ham selv inkludert. Det blir for sterkt å si at «revolusjonen spiser sine barn», men det går absolutt an å tolke instituttets utvikling slik at Fugellis tid nærmet seg slutten.

Fugelli gikk av som styrer i februar 1990. «Instituttet er kjennetegnet av entusiasme og nybrottsarbeid. Som på universitetet ellers, ønsker også vi bedre økonomi og flere stillinger. Men denne kroniske mangelsykdommen har enda ikke klart å ødelegge trivsel og arbeids glede» heter den innledningsvis i årsmeldingen for 1990, ført i pennen av Fugelli. Per Fugelli var en såmann. Han ventet ikke til han kunne begynne å høste. Den gleden etterlot han til andre.

## Litteratur

- Bruusgaard D. Skal teoretisk almenmedisin ofres på praksisens alterbål? *Utposten* 1986; 15 (6): 193-6.
- Eskerud J, Haug K. De almenmedisinske institutter – primærlegens syn og ønsker. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1985; 105: 1337-8.
- Fugelli P, Eskerud J, Haug K, Johansen K. *Å lage gode leger. Mål og plan for den almenmedisinske grunnutdanningen*. Oslo: Universitetsforlaget, 1986.
- Fugelli P, Johansen K (red). *Langsomt blir faget vårt eget*. Oslo: Universitetsforlaget, 1984.
- Fugelli P. Instituttens plass i det almenmedisinske landskap. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1985; 105: 1333-6.
- Fugelli P. Allmenmedisin som universitetsfag. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1988; 108: 2591-4.
- Haug K, Hunskaar S. Å bygge et institutt. I: Fugelli P, Nylenna M, Bjørndal A (red). *Med makten i sitt ord: Festskrift til Per Fugelli på 60-årsdagen*. Oslo: Unipub forlag, 2003: 33-45.
- Lærum E, Fugelli P. *Forskningsveiledning*. Oslo: Universitetsforlaget, 1990.
- Malterud K, Hunskaar S. Per Fugelli og allmenmedisinen. *Utposten* 2017; 46(6): 2-6.

### 3.3 NAVFs Program for allmennmedisinsk forskning (1986–1990)

*Michael 2022; 19: Supplement 29, 87–93.*

*Rådet for medisinsk forskning i Norges allmennvitenskapelige forskningsråd (NAVF) finansierte i perioden 1986–1990 et program for allmennmedisinsk forskning. Det ble ansatt stipendiater og forskningsveiledere på alle de fire medisinske fakultetene. Programmet vitaliserte forskningsmiljøet ved Institutt for almenmedisin på et tidspunkt der dette hadde stor effekt, og som ble en start for videre oppbygging av allmennmedisinsk forskning og fagutvikling i Bergen.*

NAVFs Program for allmennmedisinsk forskning oppsto ikke i et tomrom. Programmet var en av hjørnesteinene i revitaliseringen av norsk allmennmedisin på 1980-tallet. Forgubbingen stoppet, nye gruppepraksiser dukket opp, og kommunene tok økt ansvar for befolkningens tilgang til allmennleger. Faget var i en startfase for å få en forskningsbasert basis. Allmennmedisinsk forskning ble sett på som viktig for allmennmedisinsk fagutvikling, ikke bare i kraft av levende forskningsmiljøer, men også ved at praksis og akademi i større grad kunne spille på hverandre i gjensidig utvikling. I 1984, på den tiden arbeidet med å utvikle et forskningsprogram startet, var det i Norge totalt sju doktorgrader i allmennmedisin, og antall publiserte artikler steg kraftig ut over 1980-tallet (Bentsen, 1988).

#### **Forslag om og vedtak av programmet**

Allmennmedisinsk forskningsutvalg (AFU) var opprettet i 1974, året før etableringen av de samfunnsmedisinske «paraplyinstituttene» i Trondheim og Tromsø. Det var legeföreningen som var pådriver for utviklingen mot et forskningsprogram, i et aktivt samspill mellom Alment praktiserende lægers forening (Aplf) og Norsk selskap for allmennmedisin (NSAM) som ble stiftet i 1983. AFU delte ut stipend fra 1977, og mange resulterte i publika-



sjoner. Flere tidligere AFU-stipendiater søkte seinere doktorgradsstipend på programmet.

I 1983 argumenterte AFU i et brev til Rådet for medisinsk forskning om behovet for at NAVF etablerte et forskningsprogram i allmennmedisin. Legeforeningen, sentrale helsemyndigheter og viktige politiske krefter stilte seg positive. Som svar på henvendelse inviterte NAVF til et møte i november 1983 med de relevante forskningsmiljøene. Her ble det gjort rede for at allmennmedisin var et forskningssvakt fag som trengte en satsing. Begrunnelsen var ikke minst den sterke utbyggingen av kommunehelsetjenesten og opprettingen av spesialiteten i allmennmedisin, med tilhørende behov for forskning og kvalitetssikring.

NAVF ba så om en detaljert søknad og beskrivelse at et forskningsprogram. Dette ble utarbeidet av Per Fugelli (Bergen), Dag Bruusgaard (Oslo) og Steinar Westin (Trondheim) (Fugelli, 1984). Den anbefalte kostnadsrammen var 12–15 millioner kroner over en 6–8-års periode. Hovedelementene i programmet skulle være:

- Forskningsveileder ved alle de fire instituttene
- Åtte 3-årige stipendiatstillinger
- Kliniske stipend, med to årsverk årlig
- Forskeropplæringskurs
- Administrativ hjelp med 9 årsverk

Sommeren 1984 ble utredningen behandlet med positivt resultat. Programmet fikk en økonomisk ramme på 11,8 millioner kroner fra 1986 til 1990, og ble dermed noe nedskalert i forhold til intensjonene. Beløpet dekket tre veiledere, to sekretærer på deltid og 15 doktorgradsstipend med i alt 34 årsverk.

## Oppstarten

Programmet delte ut doktorgradsstipend fra august 1986, og programmet ble høytidelig og offisielt startet opp 17. november 1986 med blant annet sosialminister Tove Strand Gerhardsen og medisinalråd Anne Alvik til stede. Alvik var leder i programmets styringsgruppe.

## Bergensmiljøet og NAVF-programmet

Per Fugelli hadde en hovedplan om å gjøre faget allmennmedisin forskningsbasert, og han var sentral i arbeidet med å etablere forskningsprogrammet. Fugelli rekrutterte personer på hjelpeleeremidler i 1984 og 1985, før programmet startet. Blant de første var Carl Fredrik Bassøe, Jens Eskerud, Geir Thue og Anders Bærheim. Det ble mest forskning og fagutvikling, for

**NAVF** **Program for allmennmedisinsk forskning**

NAVFs råd for medisinsk forskning (RMF) har vedtatt et 5-års program for allmennmedisinsk forskning. Formålet er å styrke det faglige grunnlag for forebygging og behandling av sykdom i primærhelsetjenesten.

Følgende stillinger er ledige fra 01.07.89.

**ETT UTDANNINGSSTIPEND**  
av tre års varighet og

**TO KLINISKE STIPEND**  
som bevilges for en periode på 6–12 måneder. Lønn fra NAVF tilsvarende ltr. 21–29, kr. 152.087–211.618 pr år.

Kvinner oppfordres særskilt til å søke.

Fullstendig utlysningstekst i Norsk lysingsblad 25. jan. 1989.

Søknaden sendes til:  
NAVFs Program for allmennmedisinsk forskning,  
Sandakerveien 99, 0483 Oslo 4.

Søknadsfrist 28. februar 1989.

---

Norges allmennvitenskapelige forskningsråd  
Sandakerveien 99, 0483 Oslo 4, tlf. (02) 15 70 12

Figur 1: Eksempel på utlysningstekst fra NAVF, denne er fra 1989. Det var ingen kvotering knyttet til de fire instituttene. Stipendene ble tildelt på grunnlag av kvalitetsvurderinger alene.

undervisningen i allmennmedisin var begrenset. Hver person hadde 1/5 stilling, men miljøeffekten var stor i forhold. I tillegg hadde Kjell Haug fått forskningsstipend fra Kreftforeningen. Allmennmedisinsk akademisk grasrot hadde med dette startet å ta form i Bergen. Selv med relativt få i starten hadde man ukentlige møter med god tid til å diskutere gjennom løpende saker. Miljøbyggingen som evalueringskomiteen skrøt av fire år senere, var startet.

Instituttet fikk utvidet sine lokaler i 1986 for å huse programmet, i form av å overta og ombygge flere leiligheter i byggets tredje etasje, i alt 120 kvadratmeter. Det ble skapt et NAVF-miljø med møter og kaffekrok.

Med programmet kom også veilederne. Dag Bruusgaard var i hel stilling og hadde overordnet nasjonalt ansvar samt veilederansvar i Oslo og Tromsø. Even Lærum og Anders Grimsmo hadde 20% stilling hver med veilederansvar i Bergen og Trondheim. Lærum var professor og ansatt ved instituttet i Oslo. Han var i Bergen nær ukentlig, og Fugelli fikk dermed en erfaren allmennmedisinsk forsker ved sin side. Lærum var en god miljøskaper, og han fikk også god mulighet til å besøke sin gamle distriktslegefar på Voss oftere. Programmet ansatte Ester Myrvold som sekretær i 50% stilling i Bergen. Per Fugelli og Even Lærum skrev en bok sammen om forskningsveiledning (Lærum, 1990).

Med Even Lærum gjorde datamaskinen Macintosh Plus sitt inntog blant stipendiatene. Den hadde 1MB RAM og en 3½ tommers diskettstasjon. Viktigere, den hadde en tekstbehandler, et rutenett og et statistikkprogram, og alt var utrolig selvforklarende. Det var en helt ny verden som åpnet seg og gjorde arbeidet svært mye lettere for stipendiatene.

Samarbeid med instituttet var sømløst både på det personlige og på det faglige planet. Det skyldtes ikke bare NAVF sin satsing, som tilførte flere årsverk, men også rikelig tilgang på timelærermidler, samt en raus årlig støtte fra Legeforeningen til instituttet. Det var lett å feire store og små seire sammen når det alltid sto champagne i kjøleskapet.

### Stipendiatene

Av de 15 stipendiatene på programmet nasjonalt fikk Bergen tilslag på fire. Av totalt 34 årsverk gikk 7,5 til Bergen, 4 år til Trondheim, 9,5 til Tromsø og 13 år til Oslo. De fire Bergensstipendiatene hadde følgende prosjekter:

- Sverre Fauske, 3 år, med prosjekt om tidlig identifikasjon og intervensjon ved skadelig alkoholkonsum i allmennpraksis
- Anders Bærheim, 3 år, med prosjekt om årsaker, klinikk og epidemiologi for urinveisinfeksjon hos kvinner
- Marit Hafting, 1 år, med prosjekt om plager hos hjemmeboende hardinger som ikke gikk til lege
- John Nessa, 6 måneder, med prosjekt om kommunikasjon mellom pasient og lege

Bredden i prosjektene var altså stor. En slik bredde er typisk for allmennmedisin, og man diskuterte allerede den gang om man burde fokusere mer mot utvalgte forskningstema. Da programmet ble avsluttet senhøsten 1989, hadde Fauske gått over i en internasjonal lederjobb i ILO, Bærheim var omtrent halvferdig med sin avhandling, mens Hafting og Nessa så vidt hadde tatt ut sine stipend. På denne tiden disputerte man for dr. med.-



*Figur 2: Ansatte i 1990 ved Institutt for allmennmedisin, Ulriksdal leger-senter (UL) og NAVF-programmet (NAVF). På bildet ser vi fra nederst til venstre og rekkevis bakover: Marianne Berentsen (UL), Per Fugelli, Marit Bogetveit (UL), Eivind Meland, Sverre Fauske (NAVF), Kirsten Salomonsen, Kirsti Malterud, John Nessa (NAVF), Gudrun Mangersnes (UL), Steinar Hunskår, Brit Tharaldsen, Kjell Haug, Even Lærum (NAVF), Tine Hærøy, Jørund Straand, Kirsten Skinlo Rokstad, Signe Zachariassen, Anders Bærheim (NAVF), Gerd Olausen, Ester Myrvold (NAVF), Marit Hafting (NAVF), Anne Kløv Christensen (renholder) og Solveig Jensen (renholder). Foto: Kirsti Malterud.*

graden, vanligvis med krav om fem artikler og en sammenskriving. Listen for å få NAVF-stipend var ikke svært høy, og mange brukte langt mer enn tre år på å ferdigstille.

De ulike stipendordningene gjorde at mange kollegaer var innom instituttet i kortere og lengre perioder. Av de fire i Bergen som fikk NAVF-stipend, disputerte tre. Forskningsaktiviteten i NAVF-programmet var viktig både for posisjonering av allmennmedisin ved UiB og for samarbeidet med praktiserende kollegaer.

### **Forskerutdanningsprogrammet**

Med veilederne kom også et nasjonalt forskerutdanningsprogram i allmennmedisin. Dette var etter samme mønster som den senere Forskerskolen i allmennmedisin (NAFALM), også finansiert av Forskningsrådet. På denne tiden var det ikke noe formalisert utdanningsprogram som krav for å disputere. Forskerutdanningen og kursene var åpen for interesserte kollegaer med AFU stipend. Møter ble holdt på sentrale steder i Norge. Programmet var ved stipendiatene selv, og besto av foredrag fra mer forskningserfarne kollegaer, men også krydret med inspirerende kulturelle innslag og ettermiddagsprat med personer som forfatteren Finn Carling og politikeren Einar Gerhardsen. Utdanningsprogrammet hadde mot slutten 37 deltakere. Foruten de ansatte stipendiatene var bergensmiljøet representert med Kjell Haug, Steinar Hunskaar, Eivind Meland, Kirsten Rokstad, Geir Thue og Pål Voltersvik.

Det ble holdt i alt ni forskerutdanningskurs, de to siste i 1990 med temaene *Klinisk kontrollerte forsøk* og *Presentasjon av forskningsresultater*. Det ble også arrangert ulike seminarer og faglige møter med spesifikke temaer relatert til forskning, dels med internasjonale deltakere og foredragsholdere (Årsmelding for 1990, 1991).

### **Evaluering av programmet: Så som så, eller stor suksess?**

Programmet ble evaluert i 1990 av en komité på fire medlemmer, derav tre kjente internasjonale professorer i allmennmedisin (Carl Erik Mabeck, Århus, David Metcalfe, Manchester, og John Howie, Edinburgh). Bedømmelseskomiteén var blant annet i Bergen og møtte Fugelli, Malterud og Hunskaar fra instituttet, samt stipendiatene Bærheim og Fauske. Komiteen var imponert av instituttets arbeid med en forskningsstrategi, og støttet fokusering om noen få forskningsområder, enten basert på tema eller metodisk tilnærming (RMF, 1991).

Hovedkonklusjonen var imidlertid ganske kritisk, spesielt til publikasjonsvolumet, og komiteén hevdet at nasjonalt ville neppe mer enn 3–5 av

de 15 stipendiatene disputere. Det viste seg å være feil, og tre av fire stipendiater fra Bergen fullførte. Ved programmets avslutning hadde bare to av 15 deltakere disputert. Men totalt over tid har 12 av de 15 stipendiatene og totalt 27 av de 37 deltakerne disputert, derav seks kvinner. I alt 18 ble senere professorer i allmenn- eller samfunnsmedisin. Det var motstand mot programmet i NAVF, og det etablerte seg som en «sannhet» i mange forskningsmiljø at programmet for allmennmedisin var mislykket. Dag Bruusgaard uttalte senere at om NAVF-programmet bare hadde en liten del av æren for de 27 avhandlingene, må det likevel være noe av det mest vellykkede støtteprogrammet for et ferskt forskningsområde som har vært gjennomført i Norge (Evensen, 2009).

## Litteratur

- Bentsen BG. Forskning i allmennpraksis. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1988; 108: 2586-90.
- Evensen SA, Gradmann C, Larsen Ø, Nylenna M (red.). Allmennmedisin som akademisk fag. *Michael* 2009; 6: 11–126.
- Fugelli P, Bruusgaard D, Westin S. *Forslag til støtteprogram for forskning i almenmedisin*. Oslo: Rådet for medisinsk forskning (RMF), Norges allmennvitenskapelige forskningsråd, 1984.
- Lærum E, Fugelli P. *Forskningsveiledning*. Oslo: Universitetsforlaget, 1990.
- RMF – Rådet for medisinsk forskning. *RMF evaluerer Program for allmennmedisinsk forskning*. Oslo: Rådet for medisinsk forskning (RMF), Norges allmennvitenskapelige forskningsråd, 1991.
- Årsmelding 1990. Program for allmennmedisinsk forskning*. Oslo: Rådet for medisinsk forskning (RMF), Norges allmennvitenskapelige forskningsråd, 1991.

## 3.4 Fra allmennmedisin alene til del av det samfunnsmedisinske fagområdet

*Michael 2022; 19: Supplement 29, 94–101.*

*Instituttene for allmennmedisin ble skapt for å gi faget akademiske ståsteder og basis for forskning og undervisning. Men det var en livlig debatt om hva som egentlig var kjernen i allmennmedisinen, og om faget var seg selv nok eller en del av et større hele. Per Fugelli argumenterte for at det burde utvikles store institutter for kommunehelsetjeneste. I Bergen ble det tatt initiativ til sammenslåing av Institutt for allmennmedisin og Institutt for hygiene og sosialmedisin. Resultatet ble et Institutt for samfunnsmedisinske fag, der fakultetets interesser av færre og større organisatoriske enheter i stor grad overstyrte faglige argumenter for hvem som passet best sammen. Dette kapitlet beskriver disse prosessene og jakten på «et samfunnsmedisinsk hus» ved Universitetet i Bergen i årene 1987–1990.*

I 1984 hadde de norske allmennmedisinske instituttene 3–4 stillinger inkludert stipendiater, og dette var alt for lite i forhold til de ambisiøse målsettinger faget hadde. «Small is not beautiful», skrev Fugelli, og argumenterte med tre grunner for vekst:

- Vår viten om faget er for liten, og der er store uløste vitenskapelige oppgaver.
- Små fagmiljøer er sårbare, kan ha fagpolitisk slagside, metodekunnskapen kan bli fragmentarisk, og den viktige vitenskapelige tenkning og tankebryting kan bli skadelidende.
- Ressursene for veiledning i praksisfeltet må styrkes. Den store forskningsinteressen blant allmennpraktikerne må møtes med entusiasme og kvalitet.

### **Institutt for kommunehelsetjeneste?**

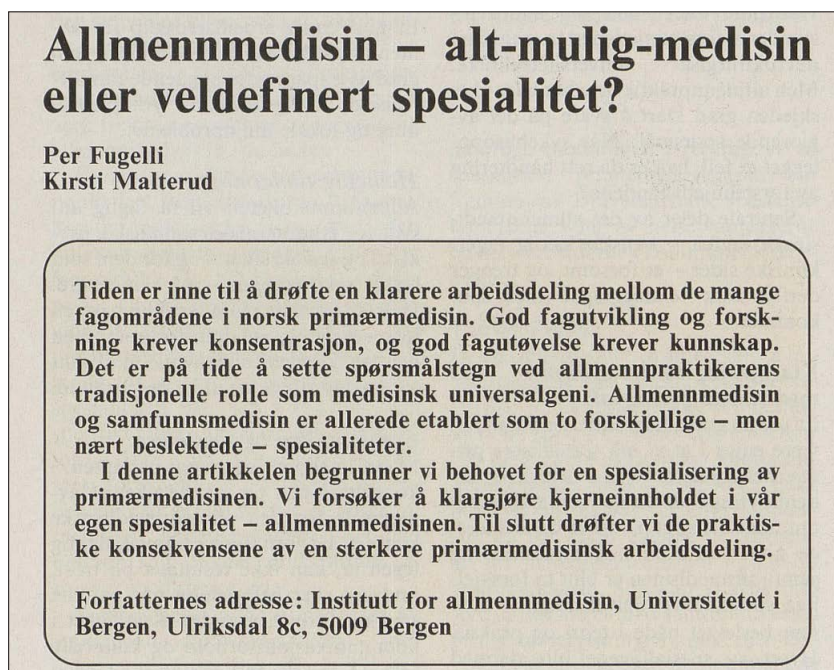
I foredrag og artikler, først ved NSAMs generalforsamling i 1984, kom Fugelli med den siste ingrediensen i resepten for å gjøre instituttene større;

nemlig å legge dem ned! Parallelt med ny lov om kommunehelsetjenesten og nye oppgaver for allmennlegene, kunne det være en fruktbar tanke å opprette *kommunehelsetjenesteinstitutter*. Disse burde ha seksjoner for klinisk allmennmedisin, kommunal helseadministrasjon, forebyggende arbeid og pleie- og omsorg.

Disse tankene avfødte ikke noe konkret i Bergensmiljøet i starten. Institutt for allmennmedisin måtte vektlegge oppbygging av egen instituttstruktur, realiseringen av den nye studieplanen og utvikling av forskningskompetanse og egne prosjekter.

### *Allmennmedisin – alt-mulig-medisin eller veldefinert spesialitet?*

Denne tittelen viser til en brannfakkellignende artikkel i Tidsskriftet i 1987, der Fugelli sammen med Kirsti Malterud foreslo en subspecialisering av den tradisjonelle allmennmedisinen (den norske kombilege-modellen) (figur 1). Artikkelen vakte stor oppsikt og påfølgende debatt, med harde innlegg



*Figur 1: Faksimile fra Fugelli og Malteruds omstridte artikkel fra Tidsskriftet for Den norske lægeförening i 1987, der de foreslo en subspecialisering av allmennmedisin. Hovedbudskapet var at allmennlegen først og fremst er kliniker. Arbeidsenheten er pasienten, ikke gruppen. Arbeidsplassen er allmennlegekontoret, ikke lokalsamfunnet. Kilde: Nasjonalbiblioteket.*



mot Bergensmiljøets «reduksjonisme» og tilsynelatende abdisering fra den norske allmennlegemodellen, som var så godt tilpasset behovene i vårt lille og grisgrendte land gjennom lang tid.

### *Lokale strategier*

Ved instituttet i Bergen ble organisatoriske spørsmål etter hvert diskutert prinsipielt, men ikke minst ut fra den lokale situasjonen: Å forvente en sterk økning i vitenskapelige ansatte i allmennmedisin, var nok mer enn optimistisk. Det var også en viss misnøye i miljøet med den undervisningen som studentene fikk i praktisk forebyggende medisin og samfunnsmedisin, spesielt i den delen som hadde størst relevans for allmennlegens kommunale oppgaver, eksempelvis helsestasjonarbeid, skolehelsetjeneste, smittevern og trygdemedisin. Epidemiologi, statistikk og tradisjonell sosialmedisin og rehabilitering var bedre dekket.

Undervisningsansvaret for de fleste av disse temaene lå ved *Institutt for hygiene og sosialmedisin*. Instituttet var omtrent like stort som allmennmedisin, men i tillegg hadde man to viktige enheter, *Medisinsk fødselsregister* og *Seksjon for medisinsk informatikk og statistikk* (SMIS). Det var plassert på Haukelandsområdet i Armauer Hansens Hus (MFH-bygget). Dette instituttet hadde ved flere anledninger invitert til samarbeid om undervisning mellom instituttene, og det hadde vært noen erfaringer i form av seminarer ledet av ansatte i allmennmedisin.

Å slå sammen disse to instituttene kunne, sett med allmennmedisinske øyne, tjene flere formål: Man kunne få etablert starten på et Institutt for kommunehelsetjeneste ved å bruke eksisterende ressurser, med allmennmedisin som en tung partner. For det andre kunne man få samordnet undervisningen i allmennmedisin, kommunale allmennmedisinske oppgaver og samfunnsmedisin på en måte som kunne løse noe av manglene og frustrasjonen som gjorde seg gjeldende. Og som en tredje, mer imperialistisk tanke, kunne dette medføre tilførsel av stillinger som kunne vinkles inn mot allmennmedisin, og dermed indirekte styrke dette faget.

### *Loddet blir kastet*

I et brev til Det medisinske fakultet og Institutt for hygiene og sosialmedisin i november 1987 skrev Per Fugelli og Steinar Hunskår, som styrer og visestyrer, at tiden var moden for en diskusjon om sammenslåing av de to instituttene (figur 2). Argumentene var:

- Felleskap i fag, både i praktisk helsetjeneste og i undervisning og forskning
- Administrativt og økonomisk bedre utnyttelse av felles ressurser

INSTITUTT FOR ALLMENNMEDISIN  
UNIVERSITETET I BERGEN

Bergen 27.11.87  
PF/js

Institutt for hygiene og sosialmedisin  
v/kst. styrer Gunnar Kvåle  
Professor dr.med. Erik Bjelke  
Professor dr. med Anders Gogstad

Kopi  
Det medisinske fakultet

Kjære dere, -

Ved flere høve de siste årene har det kommet forslag om et nærmere samvirke mellom Institutt for allmennmedisin og Institutt for hygiene og sosialmedisin. Innspillene har spent over et bredt spekter fra samarbeid om undervisningsopplegg via felles forskningsprosjekter til full sammenslåing av de to instituttene.

Foreløpig har disse ideene forblitt på et uforpliktende plan, blant annet fordi Institutt for allmennmedisin har måttet vektlegge:

- oppbygging av egen instituttstruktur
- realisering av en allmennmedisinsk studieplan
- utvikling av allmennmedisinsk forskningskompetanse

Vi har sett dette anleggsarbeide som en nødvendig første-prioritet uten at det har bunnet i noen negativ grunnholdning til samarbeid, eventuelt sammenslåing med beslektede fagmiljøer. Tvert om har vi sett frem til å få såpass orden på vår egen virksomhet at det kunne bli aktuelt å se nærmere på de positive invitter som har kommet fra Institutt for hygiene og sosialmedisin.

Vi føler nå at tiden er moden for en diskusjon om organisatorisk samarbeid/sammenslåing av de to instituttene. Det er flere grunner til at dette bør utredes nå:

*Figur 2: Faksimile av starten av brevet som ble sendt fra Institutt for allmennmedisin til Institutt for hygiene og sosialmedisin, og som utløste den samarbeidsprosessen som til slutt førte fram til dannelsen av Institutt for samfunnsmedisinske fag i 1991.*

- Universitetspolitisk i form av en slagkraftig enhet rettet mot de store oppgavene i kommunehelsetjenesten, og store kommende forskningsmidler
- Større slagkraft internt i fakultetet

I løpet av det neste halvåret ble det holdt forhandlingsmøter, og resultatet ble en intensjonserklæring der grunnlagsbetingelser for sammenslåing ble fastsatt. Det medisinske fakultet ble bedt om å nedsette en komité for å utarbeide en plan for sammenslåingen. Intensjonserklæringen var på hele sju sider, og endte opp med noen avgjørende betingelser som måtte oppfylles før en sammenslåing kunne gjennomføres, blant annet:

- Det nye instituttet måtte ha felles lokaler og Ulriksdal legesenter måtte inngå. Tilsvarende var det ønskelig å få med Medisinsk fødselsregister og SMIS.
- Navnet måtte dekke virksomheten, og aktiviteten primært rettes mot kommunehelsetjenesten.
- Instituttet skulle være én administrativ enhet, men burde ha faggrupper.
- Alle stillinger måtte følge med og det burde opprettes flere kombinerte stillinger med arbeidsplass i helse- og sosialtjenesten.

Det medisinske fakultet tok brevet på alvor og vedtok å oppnevne et utvalg på fem medlemmer for å lage en plan for en mulig sammenslåing. Utvalget ble ledet av Johan Aarli, professor i nevrologi og nylig avgått dekan. Fra de aktuelle instituttene deltok Anders Chr. Gogstad, professor i sosialmedisin, og Steinar Hunskår.

### **Fakultetet og universitetet overtar prosessen**

Aarli-utvalget leverte sin enstemmige innstilling i mars 1989. Det var enighet om å slå sammen de to instituttene og at det var mulig å innfri grunnlagsbetingelsene. Hovedutfordringen var kravet om felles lokaler. Det ble utredet tre alternativer:

1. Plassering i bygget til *Vestlandske Vanføre hjem sørøst* for Armauer Hansens Hus i Haukelandsveien 32. Bygget ble tatt i bruk 1937, reist av Vestlandske Vanførelag med innsamlede midler og noe støtte fra Hordaland fylke. Institusjonen ble nedlagt 1980, og beboerne flyttet til Nordåstunet. Bygningen ble så overtatt av Haukeland sykehus og sto tom i 1987. Den er nå i bruk av Helse Vest IKT. Huset er så nær MFH-bygget at det nye instituttet kunne defineres som «samlokali-

- sert». Hordaland fylke gjorde det imidlertid klart at de ikke ville selge eller leie huset til universitetet. Dermed falt dette alternativet bort.
2. Et felles institutt i eksisterende lokaler. Dette gikk begge instituttene klart imot.
  3. Utvide arealene i Ulriksdal 8c med ca. 400 kvm. Da måtte man leie eller kjøpe gjenværende areal i byggets 3. og 4. etasje og ominnrede disse. Dette var utvalgets enstemmige første prioritet. Bergen Diakonissehjem var ikke uvillig til å inngå en slik avtale.

Utvalget foreslo til slutt at det nye instituttet skulle få navnet *Institutt for samfunnsmedisin og allmennmedisin* (ISA).

#### *Omorganisering av hele Det medisinske fakultet*

Men i 1988–1989 var også andre prosesser på gang. Universitetet sentralt hadde utredet ny styringsstruktur og gikk inn for færre og større institutter, der hvert institutt skulle ha minst 10 vitenskapelig tilsatte. Fakultetet hadde i 1988 ikke mindre enn 29 (!) selvstendige institutter, der 15 hadde 1–2 fast ansatte.

Mulige instituttsammenslåinger ble utredet av en komité ledet av Bo Arnesjö, professor i kirurgi, der også Fugelli var medlem. Det ble foreslått en reduksjon til 11 institutter. Et av forslagene var at det burde opprettes et *Samfunnsmedisinsk institutt* bestående av Institutt for hygiene og sosialmedisin, Institutt for allmennmedisin, Institutt for sykepleievitenskap, Seksjon for geriatri, Seksjon for informatikk og statistikk (SMIS) og fagområdet bedriftsmedisin.

Dette forslaget til sammenslåing fikk imidlertid ikke flertall i fakultetsstyret. SMIS og bedriftsmedisin ble fjernet fra forslaget, etter protester fra fagmiljøene. I mai 1990 ble fakultetets endelige forslag vedtatt i Universitetsstyret. Det nye instituttet, *Institutt for samfunnsmedisin*, skulle gjelde fra 1. januar 1991. Det ble inngått leieavtale med Bergen Diakonissehjem om leie av 750 kvm i tillegg til de 880 man hadde fra før. Betydelige ombyggingkostnader ville påløpe, og alle disse skulle dekkes av universitetet. Årlige leiekostnader ble stipulert til 1,35 millioner kroner og ombyggingen til 2,3 millioner kroner. Dette var betydelige summer på den tiden.

#### *Navnespørsmålet*

Som det går fram av vedtakene ovenfor, rådde en betydelig forvirring omkring hva det nye instituttet skulle hete. Det ble tidlig klart at forslaget om et *Institutt for kommunehelsetjeneste* ikke fikk særlig støtte, selv om representantene fra allmennmedisin lenge kjempet for det.

Det neste slaget sto om ordet allmennmedisin skulle inngå. Det var det enighet om så lenge det bare var to institutter som skulle slå seg sammen. Når det ble fire, ble det umulig for alle å få navnet sitt med, og dermed ble det vanskelig for allmennmedisinmiljøet å hevde at det, som det eneste, skulle få navnet sitt med videre. Etter forhandlinger mellom de miljøene som skulle være med, ble det sent i 1990, og etter at navnet egentlig var vedtatt i Universitetsstyret, enighet om at navnet skulle være *Institutt for samfunnsmedisinske fag*. Dermed var det ingen, heller ikke samfunnsmedisin, som hadde «seiret» i navnestriden.

Å miste navnet sitt var imidlertid et traume for det gamle Institutt for allmennmedisin, som har vedvart til våre dager. Det allmennmedisinske fagområdet har et sterkt selvbilde og høy fagbevissthet, og har alltid forsøkt å bevare et signal utad om hva som er det allmennmedisinske universitetsmiljøet, uansett hva de offisielle enhetene måtte hete til enhver tid.

## Epilog

Da fakultetet og universitetet vedtok det nye instituttet, var det administrative og økonomiske forhold som ble vektlagt, samt spørsmålet om felles lokaler. De ideologiske, integrerende og faglige argumentene finnes ikke i sakspapirene. Grunnlaget var dermed lagt for en stor fare; nemlig at et Institutt for samfunnsmedisinske fag ble et institutt for «resten», fagområder som ikke passet inn andre steder, men som fakultetet måtte finne en plass til i systemet.

Prosessen ble dermed ganske annerledes enn det Fugelli og resten av det allmennmedisinmiljøet opprinnelig hadde tenkt. Det var vanskelig å vinne tilslutning om kommunehelsetjenesten og kommunelegen som felles ankerpunkt og visjon. De andre fagområdene hadde ikke bare kommunene som interessefelt, men andre profesjoner samt sykehus- og trygdevesen, og ikke minst sterke metodefag som epidemiologi og medisinsk statistikk.

Vi som var med, vet også at i løpet av prosessen var konfliktene mange og harde, med posisjonering og sikring av egeninteresser som sentrale elementer. Personmotsetninger gjorde også prosessen til tider vanskelig. Fugelli var den opprinnelige inspiratoren og den visjonære i tidlig fase, men etter som prosessen gikk videre, var han ikke rett mann på rett plass for å få sammenslåingen til å lykkes. Det var nødvendig å tone ned allmennmedisinsk «imperialisme», slik modellen ble til slutt.

Som avslutning velger vi å gjengi noen utdrag av Steinar Hunsårs forord til årsmeldingen for 1990, den siste som eget institutt. Han ble da siste styrer ved Institutt for allmennmedisin og var nettopp valgt som første styrer for Institutt for samfunnsmedisinske fag:

«Når vi no skal verte ein likeverdig seksjon saman med andre i eit integrert instituttmiljø, har vi ingen grunn til å stå med hatten i handa. Vi er på mange måtar ein sterk part i det nye ekteskapet, og denne styrken må vi bruke med forstand. Vi må respektere dei andre fagområda sin eigenart, og vi må ikkje opptre som onklar og tanter som skal leie dei på rett lei. ... Ein viktig eksportartikkel frå våre side trur eg nettopp vil vere instituttmiljøet, med den positive innstillinga, omsorga for kvarandre og viljen til å ta eit tak for fellesskapet. Ingen skal tvile på oss frå allmenntillegning sin vilje til å gjere vårt beste. Dersom vi klarer å finne tonen seksjonane i mellom, og er villige til å arbeide for fellesinstituttet sitt beste, er eg ikkje i tvil om at vi har ei løfterik og spennande tid framfor oss. Takk for tida saman i Institutt for allmenntillegning og vel møtt i Institutt for samfunnsmedisinske fag!»

## Litteratur

- Fugelli P. Instituttens plass i det almenntillegningsske landskap. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1985; 105: 1333-6.
- Fugelli P, Malterud K. Allmenntillegning – alt-mulig-tillegning eller veldefinert spesialitet? *Tidsskr Nor Lægeforen* 1987; 107: 3043-5.
- Fugelli P. Allmenntillegning som universitetsfag. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1988; 108: 2591-4.
- Haug K, Hunskaar S. Å bygge et institutt. I: Fugelli P, Nylenna M, Bjørndal A (red). *Med makten i sitt ord: Festskrift til Per Fugelli på 60-årsdagen*. Oslo: Unipub forlag, 2003: 33-45.

## 4. Seksjon for allmennmedisin, Institutt for samfunnsmedisinske fag 1991–2003: Vekst og suksess

*Michael 2022; 19: Supplement 29, 102–8.*

*Denne delen av boken konsentrerer seg vesentlig om aktivitetene ved Seksjon for allmennmedisin fra opprettelsen av det store og sammenslåtte Institutt for samfunnsmedisinske fag i 1991, og frem til instituttet, etter mange gode år i Ulriksdal 8c, flyttet til Kalfarveien 31 i 2003. Dette var perioden for vekst og suksess på mange plan. Undervisningen i allmennmedisin kom i godt gjenge, og faget fikk økende betydning i legestudiet, inkludert en egen eksamen fra 1994. Forskningen økte sakte, men sikkert, i omfang og kvalitet. Dataalderen og Internett ga oss utfordringer, gleder og muligheter. Og vi kunne feire 25 år som akademisk miljø i 1997.*

Selv om navnet var forandret, var personene, visjonene og planene de samme ved oppstarten som Seksjon for allmennmedisin i 1991. Det var hektiske tider med et økende engasjement i undervisning, og mange av forskningsprosjektene var nå i en fase der de ga valuta i form av publikasjoner. Arbeidsmiljøet var preget av god lagånd, og av den drivkraft som følger av å være med på å bygge opp et stort og viktig fag. Årsmeldingen erklærte at seksjonen med entusiasme hadde gått inn i arbeidet med å gjøre det nye Institutt for samfunnsmedisinske fag til en suksess.

### **Planer og visjoner**

Seksjonens langsiktige mål var å utvikle og formidle kunnskap som svarer til fagets betydning og egenart. I Bergen var vi særlig opptatt av allmennmedisinens kliniske karakter, og arbeidet for å utvikle metoder og forskningsstrategier som best mulig kan belyse allmennpraktikerens daglige arbeid med pasienter. Gjennom prosjektene og målrettet skolering økte kompetansen utover 1990-tallet innen kvalitative forskningsmetoder, epidemiologi og klinisk forskning.

Tallmessig var aktiviteten stor: I 1991 arrangerte seksjonen 9 kurs alene eller i samarbeid med andre. Seksjonens leger har holdt over 100 foredrag, de fleste innenfor legers videre- og etterutdanning. Vi arbeidet med 50 forskningsprosjekter, åtte av disse var på doktorgradsnivå. På undervisnings-siden var det store endringer, med allmennmedisin som et erklært tredje kliniske hovedfag, og mange nye undervisningselementer som skulle implementeres. Ti år senere var undervisningsmengden økt vesentlig, på bekostning av en bevisst reduksjon av kursvirksomheten. Antall prosjekter var om lag det samme, men de var større, og hadde høyere ambisjonsnivå.

Selvbildet vokste nok også i takt med ambisjonene og resultatene (figur 1). Spesielt mot slutten av 1990-tallet var fagmiljøet stolte av utviklingen, selv om man fortsatt ba om mer undervisning og mer penger. Det var en utbredt følelse av å ha lykkes steg for steg med de planene som var lagt mer enn 10 år tidligere.

## Undervisning og forskning

Både undervisningen og forskningen er omtalt i egne kapitler i boken. Gjennom hele 1990-tallet arbeidet seksjonen med å forme og kvalitetssikre undervisningen i allmennmedisin i Bergen, gjennom flere ulike studieplaner, men hele tiden med fokus på integrering av kliniske kunnskaper og ferdigheter i konsultasjonen. Eksamen i allmennmedisin kom i 1994, et sterkt symbol på fagets økte vekt og betydning.

Tilsatte ved seksjonen var sterkt involvert i utgivelsen av *Allmennmedisin*, den lenge etterspurte kliniske læreboken i faget, der Steinar Hunskår var hovedredaktør. Boken fikk svært gode omtaler, og markerte seksjonen ytterligere som et senter for klinisk allmennmedisin.

Mye arbeid ble lagt ned knyttet til studentundervisningen, men aktiviteten var også meget god på forskningssiden i denne perioden, med avkastning i form av publikasjoner, avhandlinger og disputaser.

I perioden 1991–2003 var det 16 disputaser ved seksjonen, det vil si litt over 1 i snitt per år. Det betyr at hver enkelt ble lagt merke til, og alle i miljøet kjente til og fulgte med «den neste». Avhandlingene er presentert i et eget kapittel.

### *Arbeidsmiljøet og sosiale aktiviteter*

Som Institutt for allmennmedisin var de fagligsosiale rammene enkle å definere. Man kunne ha sine egne arrangementer, sammenkomster, turer og fester. Innen Institutt for samfunnsmedisinske fag måtte Seksjon for allmennmedisin balansere mellom å holde seg for seg selv for å styrke eget sosialt fellesskap, og å delta på den svært viktige felles miljøbyggingen i det nye instituttet. Svaret måtte bli et «ja takk, begge deler» (figur 2).



# **Allmenmedisin - et medisinsk frontlinjefag**

**Møteleder: Steinar Hunskaar**

- 09.00 - 09.25**      **Professor Kirsti Malterud:**  
Nye veier til klinisk forskning  
- når biomedisinens forskningstradisjon kommer til kort  
overfor hverdagens helseproblemer
- 09.30 - 09.55**      **Førsteamanuensis Anders Bærheim:**  
Cystittsymptomer og negativ urinprøve:  
Hvem har rett, pasienten eller legen?
- 10.00 - 10.25**      **Amanuensis Jørund Straand:**  
Unødvendig medisinbruk og bivirkninger  
- en moderne epidemi som må bekjempes i allmennpraksis
- 10.30 - 10.55**      **Stipendiat Eivind Meland:**  
Moderne strategier for sykdomsforebygging  
- utfordringer og motsigelser for medisinerne
- 11.00 - 11.25**      **Professor Sverre Sandberg:**  
Norsk allmenmedisin viser verden veien i kvalitetssikring  
av laboratoriet
- 11.30 - 12.00**      **Professor Steinar Hunskaar:**  
Allmenmedisinen som klinisk hovedfag i legeutdanningen  
i Bergen.

*Figur 1: Eksempel på allmenmedisinsk selvbevissthet? Det medisinske fakultet ved UiB feiret sitt 50-årsjubileum i 1996. Medisinerne med utdanning fra Bergen var invitert til faglig og sosialt gjensyn med fakultetet. Seksjon for allmenmedisin kunne by på faglig program fredag 23. august 1996, under overskriften: Allmenmedisin – et medisinsk frontlinjefag. Faksimile fra SAMklang nr. 1, 1996.*



*Figur 2: Glade stipendiater ved årtusenskiftet. Fra venstre: Benedicte Eskeland (husvert), Merete Undeland, Guri Rørtveit, Yngvild S Hannestad og Sabine Ruths. Foto: Privat.*

### **Ansatte, stillinger og ledelse**

I årene frem til 1984 hadde Institutt for allmennmedisin 2,0 vitenskapelige stillinger. Dette økte litt i rykk og napp senere på 1980-tallet, slik at Seksjon for allmennmedisin ved oppstarten i 1991 hadde 4,2 faste stillinger fordelt på 7 personer. I 1997 hadde dette økt til 5,7 stillinger fordelt på 10 personer, i 1999 til 6,8 stillinger fordelt på 10 personer, ved utløpet av 2002 til 8,2 stillinger fordelt på 14 personer, mens ved utløpet av 2003 hadde Seksjon for allmennmedisin til sammen 8,5 faste vitenskapelige stillinger fordelt på 15 personer.

Veksten i løpet av 20 år var altså formidabel, med en tredobling av faste stillinger. Dette skyldtes både utrettelig arbeid med budsjetter og argumentasjon for større plass på studieplanen i medisin, men også økt forståelse både i fakultetet og generelt i helsetjenesten og utdanningssystemet for at allmennmedisin måtte få en større plass.

Sammen med eksternt finansierte stillinger og ulike nabomiljøer og knoppskytninger (se nedenfor) vokste fagmiljøet år for år, slik at mot tusenårsskiftet var det 40–50 navn i årsmeldingen (figur 3).

Steinar Hunskaar var seksjonsleder i hele denne perioden, de første årene var han også instituttleder. Anders Bærheim var undervisningsleder, og ledet det store arbeidet med utvidet undervisning og innføring av eksamen.



Seksjon for allmenntmedisin 1999  
med Ulriksdal legesenter og NOKLUS

*Figur 3: Medarbeiderne i 1999 ved Seksjon for allmennmedisin, Ulriksdal legesenter (UL) og Noklus (N). Rader fra nederst til øverst.*

*Rad 1: Anne Grete Nossum, legesekretær (UL). Janecke Thesen, stipendiat. Marianne Jevnaker, nestleder (N). Atle Klovning, stipendiat. Åsa Magnusson, ingeniør (N). Gudrun Mangersnes, legesekretær (UL).*

*Rad 2: Geir Nilsson, universitetslektor og lege (UL). Edvin Schei, førsteamanuensis og fylkeskoordinator. Arnhild Taksdal, kriminolog og forsker. Geir Thue, forsker (N). Berit Zahl Nybø, sekretær (N). Grethe S. Monsen, prosjektleder SKUP (N). Anders Bærheim, førsteamanuensis.*

*Rad 3: Peter Taverner, IT-ansvarlig (N). John Nessa, førsteamanuensis og fylkeskoordinator. Per Stensland, universitetslektor og fylkeskoordinator. Jørund Straand, førsteamanuensis. Wenche Iren Bjelkarøy, ingeniør (N).*

*Rad 4: Bjørn Bjorvatn, førsteamanuensis og lege (UL). Terje Alrek, stipendiat. Solfrid Indrekvam, stipendiat. Yngvild Skåtun Hannestad, stipendiat. Eivind Meland, førsteamanuensis. Ann Kristin Hauge, ingeniør (N). Kirsti Malterud, professor og lege (UL).*

*Rad 5: Anne Margrethe Sivertsen, legesekretær (UL). Steinar Hunskaar, professor og seksjonsleder. Benedicte Eskeland, stipendiat. Merete Undeland, stipendiat. Anne Stavelin, ingeniør (N). Kari Nerhus, bioingeniør (N).*

*Rad 6: Niels Saaby Hansen, lege (UL). Guri Rørtveit, universitetslektor og lege (UL). Ole Frithjof Norheim, førsteamanuensis og lege (UL). Atle Söderlund, studentstipendiat. Inger Nilsen, førstesekretær. Sverre Sandberg, professor og leder (N). Nina Gade Christensen, daglig leder (N). Fotomontasje: Solfrid Indrekvam.*

## Viktige avleggere

I takt med flere faste og midlertidig ansatte, ble det tid og muligheter for å skape aktiviteter i tillegg til hva universitetet selv kunne og skulle stå for. I løpet av 1990-tallet fikk seksjonen noen avleggere som over tid har beriket miljøet på veldig ulikt vis. Alle er nærmere omtalt i egne kapitler senere i boken, men nevnes her summarisk fordi de bidro til å bygge det sterke fagmiljøet som utviklet seg i løpet av 1990-tallet.

I 1990 inngikk seksjonen et samarbeid med Hjelmeland kommune i Ryfylke om en stasjon for forskning fagutvikling, *Allmennmedisinsk Forskning Ryfylke (AFR)*. Målsettingen var lokalt forankret forskning og forskerutdanning.

*Noklus – Norsk senter for kvalitetskontroll av laboratorietjenester utenfor sykehus* ble i 1992 vedtatt lagt Seksjon for allmennmedisin. Senteret representerte en stor mulighet for fagutvikling og forskning i allmennmedisin, og har gjennom årene siden etablert seg som en stor og svært viktig institusjon i norsk primærhelsetjeneste.

I 1993 fikk seksjonen tilsagn fra kvalitetssikringsfondet i Legeforeningen om å opprette et *Nasjonalt kompetansesenter for kliniske ferdigheter for praktiserende leger*. Dette var en stor mulighet til å gjøre miljøet sentralt i allmennpraktiserende legers videre- og etterutdanning. Kompetansesenteret ga oss også muligheter til å arbeide med teori- og metodeutvikling innen klinisk kunnskap og formidling av denne.

Siden 1998 har bergensere kunnet oppsøke et særegent offentlig refleksjonsrom hvor medisinsens gråsoner, forsømmelser, suksesser, verdier og potensialer blir gått etter i sømmene, i åpen dialog mellom publikum og fremstående fagfolk av mange slag. *Filosofisk poliklinikk* har arrangert en rekke møter og seminarer. «Poliklinikken» ledes av engasjerte medarbeidere ved seksjonen og representerer en viktig akademisk aktivitet for formidling og kritisk refleksjon.

## Avslutning

Starten av perioden var preget av at Seksjon for allmennmedisin hadde mange interne oppgaver å konsentrere seg om. Men etter hvert startet man å lete etter muligheter for bedre utnyttning av det brede faglige samarbeidspotensiale som fulgte av de ulike fagområdene ved Institutt for samfunnsmedisinske fag. Dette samarbeidet var i begynnelsen sparsomt, men økte etter hvert. Først etter årtusenskiftet og etter flyttingen til Kalfarveien skjøt slikt samarbeid fart, med sikte på bredere og mer tverrdisiplinære prosjekter.

## 4.1 Institutt for samfunns- medisinske fag (ISF) 1991–2003: Nye rammer for akademisk allmennmedisin

*Michael 2022; 19: Supplement 29, 109–19.*

*Som seksjon i et stort paraplyinstitutt måtte allmennmedisinnmiljøet tilpasse seg et liv der fag, forskning og undervisning sto i sentrum, men der drift, økonomi og lederskap ikke lenger var under egen kontroll. Man hadde arbeidet for denne løsningen lenge, men var selvsagt spente på hvordan det ville bli i praksis. Sett i ettertid gikk det bra. De ulike fagområdene samarbeidet stort sett godt, og klarte i løpet av 1990-årene å skape en felles identitet, samtidig som seksjonene var faglig autonome, og kunne utvikle seg på egne premisser.*

Da Institutt for samfunnsmedisinske fag offisielt oppsto 1. januar 1991, var det med fem fagseksjoner: Seksjon for allmennmedisin, Seksjon for forebyggende medisin, Seksjon for geriatri, Seksjon for sosialmedisin og Seksjon for sykepleievitenskap. I tillegg ble det etablert en felles administrasjon. Men på grunn av at lokalene ennå ikke var ombygget, var det bare allmennmedisin, sosialmedisin og legesenteret som holdt til i Ulriksdal 8c (figur 1). Seksjon for sykepleievitenskap holdt fortsatt til i Hans Tanksgate 11 på Nygårdshøyden og Seksjon for forebyggende medisin var på Haukelandsområdet.

### Styre og stell

For universitetet var det viktig å sikre seg at det nye instituttet var operativt fra starten av, og da måtte mye planlegges og være på plass i god tid. Fakultetet oppnevnte i juni 1990 styrer ved Institutt for allmennmedisin, Steinar Hunskår, til å lede den praktiske gjennomføringen av instituttsammenslåingen, og det skulle jevnlig rapporteres om arbeidet.

Siste delen av 1990 var sju arbeidsgrupper i gang for å lage planer for organisering av det nye instituttet: Ombyggingen, romplassering, navnespørsmålet, fellesadministrasjonen, økonomiforvaltningen, ledelse og



*Figur 1: Ulriksdal 8c fotografert i 2009. Man ser det meste av høyblokken og mellombygget mot naboblokken 8b og parkeringsplassen i forgrunnen. Inngangspartiet i midten var til legesenteret i andre etasje og til kantinen inn til høyre i første etasje. Etter ombyggingen var hovedinngangen ved heishuset til høyre utenfor bildet. Ved innflyttingen disponerte instituttet de fire nederste etasjene. Foto: B. Ystebø/flickr.*

styrende organer samt ulike underutvalg som husstyre og felles undervisnings- og eksamensutvalg. Mye av planene endte som felles forslag, som så måtte formelt vedtas etter at fellesinstituttet og styrende organer var på plass.

Den 6. november 1990 ble det holdt konstituerende møte i Rådet for Institutt for samfunnsmedisinske fag (ISF), med 27 oppnevnte medlemmer, av disse var 17 personer til stede. Det skulle vedtas en rekke forslag til prinsipper for administreringen av instituttet, og ikke minst forelå det et forslag til reglement. Reglementet, som var i tråd med UiB sine retningslinjer, var på fire sider med 16 paragrafer og underledd. Her ble det slått fast i §1 at ISF skulle ha et råd, et styre, en styrer og en visestyrer. Ellers regulerte reglementet ganske detaljert arbeidet ved instituttet, hvem som kunne velges til hva og hvilket myndighetsområde de ulike organene hadde. Hver seksjon skulle ha en seksjonskontakt, senere ble dette mer formelt kalt seksjonsleder. Det må ha vært gjort et godt forarbeid, for ifølge referatet ble samtlige saker vedtatt enstemmig. Møtet ble avsluttet med at Seksjon for allmenntilleggsmedisin inviterte hele instituttet til fest på nyåret 1991.

Styret skulle ha fem medlemmer, og følgende ble valgt for tre år: Førsteamanuensis Steinar Hunskår (styrer), amanuensis Berit Rokne Hanestad (sykepleievitenskap, visestyrer), førsteamanuensis Gunnar Kvåle (forebyggende medisin, styremedlem), førstesekretær Gerd Olavsén (styremedlem) og stud. polit. Jorunn Mjanger (styremedlem). Styret ble senere utvidet slik at alle seksjonene var representert, og man fikk visestyrere for både forskning og undervisning.

Steinar Hunskår var styrer til utgangen av 1993, da overtok Kjell Haug (1994–1995), Bente Moen (1996–1998) og Grethe Tell (1999–2004). I alle årene i Ulriksdal var Seksjon for allmenntilleggsmedisin godt representert i styrende organer ved instituttet.

Fra starten besto administrasjonen av førstesekretærene Karen Paulson Harloff, Gerd Olavsén, Solveig Lexander og førstefullmektiger Kirsten Salomonsen og Harriet Torvund. Edb-konsulent var Steinar Nilssen. Fra 1996 fikk instituttet kontorsjef, den første var Arnhild Thorseth, senere overtok Knut Olav Daasvatn.

Med valgene, reglementet og mange administrative rutiner på plass, var alle seksjonsmiljøene klare til å starte opp fra 1. januar 1991 (figur 2).

## Lokalene i Ulriksdal 8c og på sykehusområdet

Formelt leide universitetet lokalene fra *Bergen Diakonissehjem Stiftelse for Betjeningsbolig*. Fra før leide man 882 kvm, nå kom 747 kvm i tillegg, til sammen 1629 kvm fordelt på de fire nederste etasjene. I tillegg kom 11



# Nytt institutt for livsstil og helse



**OPTIMIST:**  
— Jeg er optimistisk. Det at vi kommer sammen vil føre til øket kreativitet, sier instituttstyrer Steinar Hunskaar.

**KJELL PEDERSEN**

Fem fagseksjoner ved Universitetet i Bergen er nå slått sammen til en enhet: Institutt for samfunnsmedisinske fag er fra nyttår en realitet, med lokaler i Ulriksdal 8 c på Haraldsplass. Hver for seg var de ellers viktige seksjonene små og svake, og hensikten med sammenslåingen er å få et fruktbart forskningssamarbeid til store og viktige grupper innen allmennmedisin, geriatri og sykepleievitenskap.

## Leger skal lære å forebygge

Etter at det nye instituttet nå er blitt en realitet består det av fem seksjoner; for allmennmedisin, forebyggende medisin, geriatri, sosialmedisin og sykepleievitenskap. Instituttstyrer er førstemanuensis Steinar Hunskaar.

### Små enheter

Ikke alle seksjonene er samlet i de nye lokalene ennå. De som steller med forebyggende medisin og med sosialmedisin holder fremdeles til i Armauer Hansens hus i Haukelandsveien, mens de som arbeider med sykepleievitenskap inntil videre har sine lokaler i Hans Tanks gate. Instituttet skal disponere de fire første etasjene i bygget som Institutt for allmennmedisin har holdt til i til nå, og man er nå inne i en aktiv periode med å planlegge rombehovet, og med å pusse opp lokalitetene. Nøyaktig tidspunkt for innflytting er dermed ikke fastsatt.

### Fruktbart samarbeid

Primærhelsetjenesten er en felles målgruppe for den forskning som seksjonene skal satse på. Selv om seksjonene fremdeles er små, regner styret med å kunne få til et fruktbart samarbeid mellom fagmiljø med forskjellig metodebakgrunn og erfaringsgrunnlag. Instituttet skal representere den akademiske forankring til store og viktige legegrupper og vil bruke mye kraft på undervisning på alle nivå for å kunne gi



Haraldsplass sykehus blir hovedsete for det nye samfunnsmedisinske forskningsinstituttet som nå bygges opp i Bergen.

fagene den plass og det tilbud som de fortjener. Flere forskningsprosjekter skal utvikles videre.

### Livsstil og miljø

Ved seksjon for allmennmedisin har man tre prioriterte oppgaver, kommunikasjon i lege/pasientforholdet, pasientrettet forebyggende helsearbeid omkring røyking, alkohol og hjerte/karsykdommer, og ellers de vanlige sykdommer man ser i allmennpraksis, spesielt da urinveislidelser. Forebyggende medisin omfatter forskning om hvorledes livsstil og faktorer i miljøet virker inn på helsen og hvordan man kan iverksette forebyggende helsetiltak.

### Dødspleie

Geriatrisk seksjon legger stor vekt på studentundervisning, mens seksjon for sosialmedisin er spesielt opptatt av sosiale faktors innvirkning på funksjonssvikt og omsorgsbehov. Seksjon for sykepleievitenskap forsker for tiden på død- og sorgproblematikk, pleie av kreftpasienter, omsorgen for respiratorpasienter, livskvalitet for diabetikere og ensomheten hos gamle.

— Det medisinske fakultet slår på stortrommen, dette innebærer en klar styrking av undervisningen for leger. De som nå går inn i medisinerstudiet vil få en bedre opplæring i de vanlige sykdommer, sier instituttstyrer Steinar Hunskaar til Bergens Tidende. Vi må slå fast at her er en klar vektlegging på primærhelsetjenesten og den forebyggende medisin. Primærhelsetjenesten er kjerneområdet i det krafttaket vi her står overfor.

### 30 ansatte

— Er nye forskningsoppgaver fastlagt?  
— Ikke direkte. Men i og med at vi nå får en samordning av undervisningen for leger, og ved at vi fokuserer på primærhelsetjenesten under ett, ligger det kime til ny forskning.  
— Alt i alt sysselsetter instituttet 30 personer. Det er nok så mye bygningsmessig som må gjøres i Ulriksdal 8 c, blant annet inneholder lokalene mange leiligheter som må bygges om. Seksjonene er derfor neppe samlet før ved utgangen av året. Byggearbeidene løper ventelig opp i 2-3 millioner kroner, sier førstemanuensis Steinar Hunskaar.

*Figur 2: Det nye Institutt for samfunnsmedisinske fag ble funnet verdig et større oppslag i Bergens Tidende den 11. januar 1991. Avisen har imidlertid avbildet sykehuset, ikke instituttbygningen! Kilde: Nasjonalbiblioteket.*

parkeringsplasser. Inkludert i leien var også rett til bruk av undervisningsrom i selve sykehuset: Auditoriet i 5. etasje og et dobbelt klasserom i 6. etasje.

### *Ombyggingen*

I vårsemesteret foregikk en hektisk planlegging av ombyggingen i Ulriksdal 8c, og arbeidet tok til i august 1991. En rekke leiligheter skulle ombygges til kontorer og fellesrom og det skulle anlegges ny innvendig trapp. Det betydde månedsvis med betongsaging, vann som rant i gangene, støv og skitt, strømutkoblinger og arbeidsfolk som invaderte lokalene og påvirket arbeidet. Flyttesjauen sto i desember. I løpet av noen få dager ble tre av etasjene fylt med personer som skulle ha sitt felles virke ved det nye instituttet. Nytt sentralbord ble tatt i bruk, vi fikk egen ekspedisjon og ny inngang. Byggeprosjektet ble gjennomført med en rimelig god økonomi, og det ble investert mye i møbler og nytt inventar. Fortsatt gjensto datanett, som kom et par år senere.

Internt i bygget ble aktivitetene mest mulig samlet for hver seksjon. I 1. etasje (sokkeletasjen): Seksjon for forebyggende medisin, Seksjon for geriatri, møterom og kantine. 2. etasje: Legesenteret som før, styrerkontor, post-sentral, kopirom og fem kontoradministrative arbeidsplasser. 3. etasje: Seksjon for allmennmedisin og et undervisningsrom og et grupperom. 4. etasje: Seksjon for sosialmedisin og Seksjon for sykepleievitenskap og bibliotek. Det har dessverre ikke lyktes å finne fotografier som viser de nye og flotte lokalene.

### *Manglende undervisningslokaler i starten, men bedre etter hvert*

I de rehabiliterte lokalene var det i realiteten svært begrenset kapasitet til studentundervisning. Man hadde tilgang til undervisningslokaler i sykehuset, og her ble kapasiteten raskt utnyttet fullt ut. Setekapasiteten var imidlertid begrenset, og for flere av studentkullene var det ikke plass nok. Både helsefagene og medisinstudiet hadde økende studenttall, og noe måtte gjøres. Det kom også nye enheter til, som krevde mer plass.

I 1995 kunne sykehuset innvie sitt store nybygg vegg i vegg med instituttet, *SMU-bygget*, og der leide universitetet mye areal (figur 3). Her var et auditorium til 75 personer, mange grupperom og kontorer for universitetsansatte i indremedisin og kirurgi ved sykehuset. Det ble også plass til Noklus og senere Seksjon for arbeidsmedisin.

I forbindelse med at Haraldsplass skulle ha et økt ansvar i medisinnutdanningen og at studenttallet økte, ble det prosjektert og bygget et undervisningsbygg i form av et brakkebygg på to etasjer på toppen av et teknisk bygg mellom sykehuset og instituttet, med inngang fra parkeringsplassen

og gangbro på baksiden over til sykehuset (figur 3). Bygget fikk navnet *Appendix* (blindtarmen). Til sammen ga dette en vesentlig bedring i instituttets undervisningsrom, og det meste av undervisningen i alle fagene kunne nå skje lokalt (figur 4).

### Utviklingen over tid: Nye seksjoner og fagmiljøer

I løpet av 1990-tallet ble instituttet utvidet med både formelle seksjoner og eksternt finansierte knoppskytinger.

*Seksjon for arbeidsmedisin* ble inkludert i 1994 og flyttet inn i 1995. Dette var et kreativt miljø som betydde en styrking av den arbeids- og miljømedisinske kompetansen ved instituttet. Seksjonen besto av åtte per-



*Figur 3: Her er de sentrale bygningene for instituttets virksomhet mot slutten av 1990-tallet. I front ses det to-etajers undervisningsbygget Appendix med inngang og trappehus mot parkeringsplassen, med gangbroen bak til sykehuset. Til venstre for Appendix er Ulriksdal 8c med instituttlokalene fra 1972 og etter ombyggingen i 1991 og senere. Til høyre for 8c ligger SMU-bygget, med undervisningslokaler og kontorer. Det var få meters gange fra dør til dør på baksiden, men man kunne ikke gå tørrskodd. Sammenbygd med SMU-bygget ligger så sykehuset, der instituttet hadde auditorium og klasserom i 5. og 6. etasje. Foto: UiB.*



A



B.

Figur 4: Undervisningsrom i 90-tallsstil. Til venstre (A) er stort grupperom i 3. etasje av SMU-bygget, med tavle, overhead-projektor og undersøkelsesbenk. Til høyre ses kollokvierommet Isdalen i Appendix. Brakkebygget på to etasjer inneholdt en rekke grupperom og tre større undervisningsrom. Foto: UiB.

soner, delvis universitetsansatte og en relativt stor eksternt finansiert virksomhet. Seksjonen ble ledet av førsteamanuensis Bente Elisabeth Moen.

*Seksjon for fysioterapivitenskap* kom til i 1995, og flyttet inn i Ulriksdal 8c i 7. etasje, der det ble ommindret flere leiligheter til kontorer. Et prøveprosjekt, Hovedfag i fysioterapi, ble startet i 1991 som et samarbeid med Fysioterapihøgskolen i Bergen. Det ble videreført som et permanent studie tilbud som var et av de første av sitt slag i Europa. Seksjonen hadde til sammen 3,35 stillinger. Dr. philos. Anne Elisabeth Ljunggren var professor i fysioterapivitenskap, hun vart den første fysioterapeuten i Norge som tok doktorgrad, og ble i 1995 kallet til professor ved UiB. I 2009 ble hun utnevnt til Ridder av 1. klasse av Den Kongelige Norske St. Olavs Orden for sin samfunnsinnsats knyttet til fysioterapifaget.

*Seksjon for medisinsk statistikk* ble opprettet som seksjon i 1998, men sprang ut av det eksisterende registerepidemiologiske miljøet knyttet til Medisinsk fødselsregister. Seksjonen skulle ha egen forskning og undervisning, men også fortsette med å være fakultetets kompetansenhet for medisinsk statistikk og dataanalyse, blant annet gjennom rådgivingstjeneste.

Instituttet hadde utover 1990-tallet en betydelig virksomhet som var eksternt finansiert. Ofte var det *Unifob* som administrerte dette. *Unifob* var forløperen til det senere *Uni Research* og nåværende *NORCE*. Eksempler på slike aktiviteter var Noklus, deler av Seksjon for arbeidsmedisin, Norsk formidlingscenter i geriatri og Medisinsk fødselsregister.

### *Penger, stillinger og personer*

Ved starten i 1991 hadde Institutt for samfunnsmedisinske fag 16 faste vitenskapelige og 4 administrative stillinger. I 2002 var dette økt til 31 vitenskapelige stillinger fordelt på 41 personer, samt 10 administrative stillinger. Men inkludert prosjekter hadde instituttet nå totalt 114 medarbeidere. Budsjettet i 2002 var på 42 millioner kroner, av dette var bare 24 millioner (57%) direkte over universitetsbudsjettet.

### **Instituttet: Fellesskap, merkevarebygging og sosialisering**

Forhåndsplanleggingen av instituttet før oppstarten i 1991 er omtalt ovenfor. Etter starten var det et vell av store og små ting som skulle ordnes, alt fra brevpapir, telefonnummer, rekvisita og kopimaskiner, til nettsider og alle slags rutiner. Det var også viktig at det ble skapt felles møteplasser, slik at ansatte som ikke kjente hverandre særlig fra før, nå kunne utgjøre et fellesskap.

Mange ble engasjert gjennom tverrfaglige arbeidsgrupper. Felles kantine ble organisert i sokkeletasjen, etter hvert med legendariske Kirsten «Kikki» Hatlem som ansvarlig. Det ble arrangert julefester og blåturer (figur 5 og



*Figur 5. Musikalsk innslag på «Fransk aften» i instituttkantinen ca. 1995. Fra venstre Torill Christine Lindstrøm (sykepleievitenskap, tromme og tamburin), Kjell Haug (sosialmedisin, munnspill), Anders Berheim (allmenntmedisin, munnspill) og Kirsti Malterud (allmenntmedisin, gitar). Foto: Solfrid Indrekvam.*

6). Alle slike tiltak bidro til at man etter hvert fikk en fellesskapsfølelse i Ulriksdal 8c på tvers av seksjonene. Det var ikke flere ansatte enn at man kunne kjenne de fleste. Snart begynte også nye faglige fellesskap å dannes gjennom nye bekjenskaper, med prosjekter, felles publikasjoner og medveilederskap som resultat. Dette var jo den faglige begrunnelsen for hele instituttdannelsen!

### *Røykesaken*

I all vennligheten og samarbeidsånden var det én ting som skapte splid og debatt de første årene: Skulle instituttet være røykfritt eller ikke? Tidlig på 1990-tallet var spørsmålet om passiv røyking, røykerom og røykfritt arbeidsmiljø en opphetet sak og en varm potet for ledelsen ved mange arbeidsplasser. På 1970-tallet var det ikke uvanlig at leger røykte både i og utenfor konsultasjonen, gjerne sammen med pasienten. Så også på Institutt for allmennmedisin! Innskrenkninger i røykeretten på eget kontor ble møtt med aktiv motstand blant mange ansatte utover 1980-tallet, ikke bare av de som røykte. Røyking på kontorer og i fellesarealer ble sett på som en personlig rettighet.



*Figur 6: Blåtur til fjords en sur og kald forsommerdag i 1996. På bildet ses deltakere fra minst sju ulike seksjoner og enheter. Ingen nevnt og ingen glemte! Foto: Solfrid Indrekvam.*

Den lokale striden ble startet ved at styret allerede våren 1991 diskuterte om ikke man burde erklære instituttet som et røykfritt miljø. Dette skulle også fungere som en markering av et samfunnsengasjement, et standpunkt i den aktuelle debatten som ville være samfunnsmedisinen og forebyggingen verdig. Saken kom opp i september 1991. Det ble gjort vedtak i seks punkt:

1. «Alle innandørs areal tilhørende Institutt samfunnsmedisinske fag er heilt røykfrie frå 15. november 1991.
2. Det er tillate å røyke utandørs, men ikkje framfor hovudinngangen.
3. Det vert tillate å røyke på samtlege balkongareal på baksida av bygget og på overbygd uteplass ved trappeoppgangen på baksida. Røykeareala vert utstyrt med golvstående askebeget.
4. Annonsar for ledige stillingar ved instituttet skal omtale at det er ein røykfri arbeidsplass.
5. Dersom nokon ønskjer å gå på røykeavvenningskurs, vil instituttet dekke kostnadene i ein to-årsperiode.
6. Denne saka vert å leggje fram for Rådet.»

Rådet vedtok styrets forslag, unntatt punkt 2, som ble nedstemt.

Men saken ulmet. Etter et år kom det forslag om at saken måtte gjenopptas. Det kom brev undertegnet av 28 ansatte (et flertall), som ba om at det måtte innredes et godkjent røykerom. I Rådet ble dette vedtatt med 9 mot 8 stemmer, dersom «det var praktisk mulig», etter en virkelig opphetet debatt både før og under møtet. Kapittelforfatteren har rådført seg med flere av de involverte, og ingen kan huske at det noen gang ble innredet et innendørs røykerom. Her kom nok universitetet sentralt til unnsetning. Det ble nemlig vedtatt røykfritt UiB fra 1994, og de tekniske kravene til røykerom ble så strenge at det i praksis ikke var mulig å få til. Så for instituttets vedkommende ble balkongene på baksiden av 2. og 3. etasje fortsatt fristedene for sigaretter, sigarillos og pipetobakk!

Røykesaken vakte stort engasjement, men bølgen la seg etter hvert. Det skyldtes nok dels færre røykere og dels økende aksept for røykfrie arbeidsplasser. Men for kapittelforfatteren huskes saken som den mest opphetede diskusjonen i den første styreperioden!

### **A never ending story: Det samfunnsmedisinske hus**

Helt fra starten ble det aktivt arbeidet med å utvide arealene slik at alle de samfunnsmedisinske fagmiljøene ved fakultetet kunne samles i et *Samfunnsmedisinsk hus*. Nye seksjoner, og det faktum at viktige fagmiljøer satt igjen på Haukelandsområdet, gjorde at saken aldri kunne hvile. Selv om man utviklet godt samarbeid mellom miljøet i Ulriksdal 8c og det samfunns-

medisinske miljøet i Armauer Hansens Hus gjennom prosjektsamarbeid og felles administrative rutiner, var det en felles målsetting at de to miljøene måtte samlokaliseres i Ulriksdal gjennom nybygg eller fortsatt ekspansjon i 8c.

Dette skjedde aldri, og sentrale deler av det epidemiologiske og forebyggende miljøene kom aldri til Ulriksdal 8c. Instituttet var i 2002 fortsatt fordelt på tre ulike lokaliteter, selv etter ti års arbeid for å få til en samlokalisering. Høsten 2002 falt imidlertid brikkene endelig på plass, men ikke på Haraldsplass, da de nye lokalene i Kalfarveien 31 ble sikret. Livet der er omtalt i senere kapitler.



## 4.2 Undervisningen i allmennmedisin på 1990-tallet: Fra smakebiter til klinisk hovedfag med egen eksamen

*Michael 2022; 19: Supplement 29, 120–36.*

*På 1980-tallet ble vidløftige planer lagt for å gjøre allmennmedisin til et viktig og omfattende fag i grunnutdanningen av leger i Bergen. Dette kapitlet omhandler den allmennmedisinske delen av legeutdanningen på 1990-tallet, etter at Institutt for allmennmedisin ble til Seksjon for allmennmedisin. Når det gjaldt undervisningen, fungerte seksjonen på mange måter selvstendig som et institutt, og fikk etter hvert gjennomslag for de viktigste elementene: En egen allmennmedisinsk hovedtermin i siste studieår, inkludert en lengre praksisperiode, og en egen, avsluttende eksamen i faget. Et viktig virkemiddel og strategi i denne perioden var å fronte begrepet Allmennmedisin som det tredje kliniske hovedfag, ved siden av indremedisin og kirurgi. Strategien lyktes i stor grad. Dette ga økt status, både hos studentene, i fakultetet og blant de andre instituttene.*

Institutt for allmennmedisin la betydelig arbeid i planene for et stort allmennmedisinfag ved fakultetet i Bergen. Denne målsettingen ble videreført da miljøet ble til Seksjon for allmennmedisin i det nye storinstituttet. Dokumentet *Å lage gode leger. Mål og plan for den allmennmedisinske grunnutdanningen* ble til og med utgitt som bok på Universitetsforlaget i 1986. Studieplanen skulle utgjøre et hele, med et samlet pedagogisk opplegg (tabell 1).

Planens ytre rammefaktorer var dels antall studenter i den kliniske delen av studiet og dels den studieplanen man hadde utover 1980-tallet. Det ble den gang tatt opp 110 studenter årlig til preklinikken, der 40 reiste til Trondheim for klinisk utdanning der, og 70 som fortsatte i Bergen. Disse 70 ble delt i to halvull á 35 studenter etter preklinikken, kalt julekull og påskeull, etter når kullet avla sin prekliniske eksamen.

*Tabell 1: Institutt for allmennmedisin sin ambisiøse plan for studentundervisningen i allmennmedisin, slik den fremstilles i dokumentet Å lage gode leger. Planen inneholder først en gjennomgang av argumentene for allmennmedisin som et omfattende undervisningsfag, så en gjennomgang av hva studentene burde tilegne seg av kunnskaper og ferdigheter i faget, før de konkrete undervisningselementene ble presentert som åtte spesifikke elementer.*

I	Introduksjonsundervisningen (1. år)
II	Allmennmedisindelen av adferdsfaget (1. år)
III	Integrert undervisning allmennmedisin – basalfagene (2. år)
IV	Propedeutisk allmennmedisin (3. år)
V	Integrert undervisning allmennmedisin – de klinisk sykehusfag (3.–6. år)
VI	Den allmennmedisinske periode, inkludert praksismåneden (5. år)
VII	De allmennmedisinske klinikker (6. år)
VIII	Eksamen (6. år)

## 1990-tallet – studieplanenes tiår

Rammebetingelsene var imidlertid ikke så stabile som vi trodde. Allerede fra 1990 kom det en studieplan som ga andre forutsetninger og muligheter for allmennmedisinfaget. Utover årtallet utviklet det seg nemlig en stadig større generell misnøye med den gamle studieplanen i medisin i Bergen.

### *1990-revisjonen – et kortvarig og katastrofalt mellomspill*

Etter et meget langvarig forarbeid ble den gamle planen avløst av den såkalte *1990-revisjonen*. Arbeidet ble ledet av Flora McDonald Hartveit, professor i patologi. Allmennmedisin ble her gjort til et gjennomløpende og sammenbindende hovedfag:

- *Preklinikken* var beholdt, mens klinikken ble forandret med vekt på integrering av fagene. I preklinikken fikk allmennmedisin timer til integrert undervisning med basalfagene.
- Det ble laget et *Grunnkurs klinikk*, der allmennmedisin og samfunnsmedisin fikk to av de fire ukene.
- Det kom en *allmennmedisinsk periode* i 5. studieår med tre ukers praksisopphold i allmennpraksis, fra 1991 fire uker, i tillegg til åtte dager teoriundervisning.
- For første gang ble det innført obligatorisk *særoppgave*, der allmennmedisinske oppgaver i alle år senere har vært populære og mangfoldige.
- Det ble gjort prinsippvedtak om *eksamen i allmennmedisin*.

- Men særlig hadde man store forventninger til *emnekretsundervisningen*. Her skulle et medisinsk emne, eksempelvis gallesykdom, belyses av kirurger, indremedisinere, patologer, allmennleger og andre i en samlet seanse på 90–120 minutter. Fagfolkene hadde hver 10–15 minutters innlegg, som en minikongress, og det ble utarbeidet små sammendrag (abstract) til hvert innlegg. Meningen var at underviserne skulle høre på hverandre, og så delta i en diskusjon med studentene og hverandre. Allmennmedisin var godt representert, og deltok i hele ni ulike emnekretser.

Professor Hartveit hadde nok de beste intensjoner med opplegget. Det skulle fremme integrering, akademisk tilnærming og studentens ansvar for egen utdanning. Men fra nærmest første dag strandet planen på grunn av manglende forståelse og entusiasme hos foreleserne. Noen nærmest saboterte timeplanen. Forsøket på integrering resulterte i oppsplitting, og det ble økende misnøye både hos studenter og undervisere. Undervisningen sto i fare for å kollapse, og læringsutbyttet var truet.

Dermed kom varselet i 1992 om økning i studenttallet fra 75 til 120 som en gave fra oven. Hele den kliniske delen måtte brått omformes, og det var stor enighet om at en ny plan måtte på plass.

### *120-planen*

Den nye studieplanen fikk naturlig nok navnet *120-planen*. Fagmiljøene deltok entusiastisk i planleggingen, og i løpet av et snaut år var planen ferdig. Nå ble all undervisning splittet opp i fagblokker. Ideen var ansvarsfordeling: Hvert fag former best sin undervisning innen egne rammer. Integreringen ble forlatt, hvert fag ble en egen vogn i et langt tog. Dette var stikk i strid med mye av hvordan allmennmedisinmiljøet mente at en moderne studieplan i medisin skulle være. Anders Bærheim skrev i nyhetsbrevet vårt:

«For øvrig er det en slående likhet til studieplanen i medisin slik den var i 1826 ved Det Kongelige Frederiks Universitet i Christiania, bortsett fra at en i sistnevnte studieplan tross alt avsluttet med et kurs i vitenskapsteori!»

Men for allmennmedisin var planen ikke så dårlig. Ingen turde å angripe de elementene vi allerede hadde fått innført i 1990-revisjonen, og det var etablert et godt grunnlag og forståelse for en videre utbygging av allmennmedisin som undervisningsfag. Allmennmedisin ble offisielt etablert som *det tredje kliniske hovedfag*, i tillegg til kirurgi og indremedisin. Dette begrepet er brukt både strategisk og beskrivende med stort hell i studieplanarbeid og omdømmebygging i alle år senere. Som ledd i planen bevilget fakultetet

1,5 stilling som førsteamanuensis i allmennmedisin. Stillingene ble utlyst i 1996. Dette var et svært viktig tilskudd til undervisningsstaben, og helt nødvendig i forhold til de økte oppgavene faget nå hadde fått.

En samfunnsmedisinsk termin på 12 uker ble plassert til slutt i sjette studieår, umiddelbart før endelig eksamen. Dette ga en unik mulighet for å integrere de andre fagene og å inkludere dem i allmennmedisinsk tenkemåte. Det skulle være fire ukers utplassering per student. Tiden ble fordelt, slik at allmennmedisin fikk 48%, sosialmedisin 16% og forebyggende medisin 36% av timene. De allmennmedisinske hovedelementene var stort sett gjenkjennelige (tabell 2). Endelig fikk vi en stor hovedtermin med både teori og praksis, vi fikk rammer for integrerte klinikker med andre fag, og vi kunne fortsette planleggingen for fullt med tanke på en egen eksamen. På grunn av at legestudiet er seks år langt, var det ikke før i 1998 at allmennmedisin for første gang ville få to kull á 60 studenter til undervisning og eksamen i siste semester.

### *150-planen*

Men studenttallet skulle raskt øke ytterligere. I 1995 vedtok Stortinget 70 nye studieplasser i Norge. Begrunnelsen var forventet legemangel. UiB måtte ta 30 av disse, altså ta opp 150 legestudenter årlig. De første studentene ble tatt opp allerede høsten 1996. De ville komme til klinisk undervisning noen år senere, og til praksis i allmennmedisin ca. fem år senere. Men utfordringene ble store med tanke på å få plass til studentene på sykehusavdelingene. Haukeland kunne ikke lenger klare å ta imot alle.

Løsningen ble begrepe *de samarbeidende sykehus* og *desentrale perioder*. Fakultetet inngikk avtaler med sykehusene i Stavanger, Haugesund og Førde

*Tabell 2: Hovedelementene i den allmennmedisinske delen av 120-planen fra 1993, første kull kom til siste termin 6. studieår i 1998.*

Undervisningselement		Tidspunkt i studiet
1	Samarbeid i preklinikken	1.-3. år
2	Grunnkurs klinikk	3. år
3	Kommunikasjonskurs	3. år
4	Integrerte klinikker	3.-6. år
5	Ukeforelesninger	6. år
6	Hovedtermin 12 uker sammen med samfunnsmedisinske fag	6. år
7	Utplassering	6. år
8	Eksamen	6. år

om fra 1998 å bli praksissykehus i stort omfang innen mange av de store fagene, som indremedisin, kirurgi, kvinnesykdommer, barnesykdommer og psykiatri. Denne ordningen fungerer på samme måte den dag i dag. Ellers ble den manglende integreringen mellom fagene videreført. Det var lite pedagogisk og prinsipielt nybrottsarbeid i planen. Det var Det medisinske fakultet i Bergen ikke modent for i 1996.

Men for allmennmedisin representerte økningene fra 75 til 150 studenter på få år en voldsom utfordring når det gjaldt praksisplasser i primærhelsetjenesten. Det virket som ingen i fakultetet hadde tenkt på dette, hverken organisatorisk, personalmessig eller budsjettmessig. Det ble bevilget en rekke stillinger til de samarbeidende sykehusene, blant annet en faglig koordinatorstilling og en sekretærstilling til hvert sykehus.

Seksjonsleder Steinar Hunskaar arbeidet iherdig i fakultetet for å få forståelse av at planene ville koste penger også for allmennmedisin og instituttet. Det var krangel om det var fakultetet eller instituttet som skulle dekke kostnadene ved utplasseringen. Og det var krangel om hvilke personalressurser som var nødvendige. Dekanus Jon Lekven aksepterte til slutt at det ikke var rettferdig at sykehusene fikk ressurser, men ikke primærhelsetjenesten. Instituttet fikk mer penger, og Seksjon for allmennmedisin fikk de tre fylkeskoordinatorstillingene i Sogn og Fjordane, Hordaland og Rogaland. Dette er nærmere omtalt i kapitlet om praksisutplasseringen.

En annen stor utfordring var at 120-planen og 150-planen ble innført nærmest oppå hverandre. Begrepet «*overgangskull*» ble mye brukt, og mange studenter fikk en urolig studieprogresjon med midlertidige og delvis mindreverdige løsninger.

Innholdsmessig lignet 120- og 150-planen mye på hverandre for allmennmedisin sin del. Noen nye, mindre elementer er omtalt nedenfor. Men kapasitetsmessig representerte de to studieplanene store utfordringer. Vi måtte doble antall praksisplasser i løpet av få år. I tillegg ble timetallet med teoriundervisning økt til en firedobling i forhold til 1990-nivået!

Som om ikke det var nok, fikk seksjonen i 1998 et dramatisk kutt i timelærerbudsjettet, og sto i fare for å måtte avlyse mye undervisning, ja til og med eksamen sto i fare. En redningsaksjon ble satt i gang, og eksamen ble reddet, men vi måtte avlyse obligatorisk undervisning som hadde fått svært god tilbakemelding fra studentene. Men motivasjonen var likevel på topp for den gode saks tjeneste, og etter hvert kom det også flere stillinger for å avhjelpe undervisningsbelastningen.

150-planen var gjeldende inntil en ny studieplan ble utredet etter 2010, den fikk navnet *Medisin 2015*, som er den gjeldende planen per 2022. Den er omtalt i senere kapitler.

## Omtale av noen viktige allmennmedisinske elementer i 120- og 150 plenen

Noen av de allmennmedisinske undervisningselementene var nyskapende, og fortjener omtale.

*Kommunikasjons- og konsultasjonsundervisningen* har stått sterkt i Bergen.

*Praksisundervisningen* vår var lenge en dårlig samvittighet. Ikke fordi den var dårlig, tvert imot ble det satset mye på innholdet og skolering av praksisveilederne. Men fakultetet i Bergen ga oss lite praksisomfang og få ressurser i forhold til det vi mente var riktig og nødvendig. Begge disse undervisningselementene er omtalt i egne kapitler i boken.

Læreboken *Allmennmedisin – Klinisk arbeid* kom i 1997. Boken revolusjonerte mulighetene våre for å kunne definere et klinisk pensum i faget, og har gjort det siden. Vi fikk tekst til alle de temaene som vi ikke hadde kapasitet til å undervise, og studentene fikk en samlet tekst som hjalp til å forstå fagets grunnlag, innhold og kliniske virksomhet.

*Integrerte klinikker*, med deltakelse både av allmennlege og sykehusspesialist, kom inn som et integrerende element tenkt lagt til de ulike spesialterminene opp gjennom studiet. Fordelene med en slik integrering er at lærerne sammen kan sikre at det som læres bort om sykdomsgruppen, er faglig holdbart. Studenten skal i løpet av terminen lære diagnostiske og terapeutiske håndgrep og teknikker som allmennlegen forventes å beherske innenfor spesialiteten, inkludert henvisningsrutiner og samhandling. Studentene vil få styrket opplevelsen av studiet som et hele og av medisinen som ett fag. Slik undervisning ble planlagt i en rekke fag, men var utfordrende å få til. Kontinuiteten var dårlig og velviljen ikke alltid til stede hos sykehusfaget. Vi klarte aldri å få utnyttet det timetallet vi hadde til disposisjon. Et meget vellykket eksempel var imidlertid samarbeidsundervisningen innen gynekologi og obstetikk (figur 1).

*Ukeforelesninger* har en lang tradisjon i legeutdanningen i Bergen. Dette var oversiktsforelesninger i indremedisin og kirurgi, som ble holdt felles for de eldste kullene samtidig, som avslutning på uken, først om lørdagene, senere i flere tiår som *fredagsforelesninger* kl. 1315–1500 i auditoriet Olavs-salen på sykehuset. Som et tredje klinisk hovedfag krevde allmennmedisin derfor nå en tredel av timene! Det ble harde forhandlinger, som endte med at allmennmedisin, kirurgi og indremedisin fikk henholdsvis 20, 12 og 22 timer i året. Ordningen varte helt til høsten 2011, da flyttingen av eksamen i allmennmedisin fra siste til nest siste semester gjorde logistikken vanskelig og relevansen mindre for studentene, med undervisning etter at eksamen var avlagt. Eksempler på tema som gikk igjen i våre fredagsforelesninger, er kronisk utmattelsessyndrom (Malterud), østrogenmangel hos kvinner

## Undervisningssamarbeid med Obstetrisk og gynekologisk avdeling

Vår- og høstterminen 1997 er det gjennomført et undervisningssamarbeid om 9 temaer innen obstetikk og gynekologi på tilsammen 14 timer per student. Studentene har gitt en svært positiv tilbakemelding på innhold og presentasjon, og de ønsker at undervisningssamarbeidet skal fortsette. Samarbeidsmodellen kan kanskje utvides til flere fag?

Ved Seksjon for allmennmedisin er vi interessert i undervisningssamarbeid med en rekke kliniske fag. Vi ønsker integrert undervisning, dvs. felles undervisning med lærere fra begge fag til stede.

Studentene skal på denne måten få lære samspillet mellom første- og andrelinjetjenesten og hvordan utredning, behandling og oppfølging eventuelt skiller seg på sykehus og i allmennpraksis. Ved å ha fellesundervisning vil man også kunne oppnå målsettingen om at undervisningen skal være god og nyttig undervisning både i spesialfaget og i allmennmedisin.

I samarbeid med Obstetrisk og gynekologisk avdeling har vi utviklet et samarbeidsprosjekt om undervisning i gynobs-terminen med følgende tema:

- Helsekortet.

Forelesning/rollespill/praktisk utfylling

- Risikovurdering av gravide. Gruppearbeid basert på oppgaver i form av Helsekort. Tema: hypertensjon, kvalme, blødning og vekstretardasjon

- "Svangerskapskurs". Grupper med demonstrasjon/øvelser av friske gravide

- Abortproblematikk i allmennpraksis. Gjennomgang av allmennpraktikereansvar og plikter, vekt på konsultasjonsteknikk og etisk refleksjon

- Akutt gynekologi. Aktuelle kasus og problemstillinger fra allmennpraksis

- Kvinnen med klimakteriske plager (klinikk).

Vekt på konsultasjonsteknikk, informasjon og kliniske beslutninger

### Evaluering

Med tanke på studentenes erfaringer ble det utarbeidet et evalueringsskjema som tok opp innhold og presentasjon av de ulike tema, samt spørsmål om samarbeidet burde fortsette.

Undervisningsopplegget ble gjennomført etter planen. Undervisningen hadde godt oppmøte.

Studentene har gitt en svært positiv tilbakemelding på innhold og presentasjon, og de ønsker nesten uten unntak at undervisningssamarbeidet skal fortsette.

SH

*Figur 1: Studieplanene la opp til mange timer med samarbeidsundervisning mellom allmennmedisin og andre fag. Bare i få tilfeller klarte vi å gjennomføre dette vellykket og over tid. Et hederlig unntak er samarbeidet med underviserne på Kvinneklubben. Her faksimile fra nyhetsbrevet SAMklang nr. 3, november 1997.*

(Hunskår), antikoagulasjonsbehandling (Thue), akutt vond rygg (Bærheim) og urininkontinens (Rørtveit).

Hovedterminen inneholdt praksisperioden med tilhørende for- og etterundervisning. Klinikker og forelesninger omhandlet sentrale allmenn-

medisinske helseproblemstillinger som astma, diabetes, hypertensjon, besvimelse, slapphet, helsjekk, multifarmasi. Temaene ble illustrert med kasus, videoer eller inviterte pasienter. Det ble også innført «kurs» over 1–3 dager, eksempelvis laboratoriekurs i samarbeid med Noklus og muskel-skjelettkurs. Vi fikk for første gang konsultasjonskurs basert på videoopptak med rollespill og tilbakemeldinger fra lærerne. I senere studieplaner er hovedterminen videreført etter de samme prinsippene, med nye temaer og emner, mens andre elementer er videreført over snart 25 år.

*Evidensbasert medisin (EBM)* var et spesielt innovativt kurs startet i 1998 av Atle Klovning og Steinar Hunskår, senere videreført av andre. Kurset omhandlet forståelse av diagnostikk (klinisk epidemiologi), terapistudier (absolutt og relativ risiko) og kliniske retningslinjer (figur 2).

*Mentorgrupper* ble innført midt på 1990-tallet, administrert av psykiaterne, men allmennmedisin har alltid vært involvert både i planlegging, organisering og gjennom mange allmennleger som mentorer (figur 3). Men-

## Mer kritiske leger

**BERGEN (Dagbladet):** Nå blir avgangstudentene på medisinstudiet kurset generelt i kritisk vurdering av forskningslitteratur.

Sisteårsstudentene må nå gjennom et seks timers kurs for å lære seg å tolke og bedømme vi-

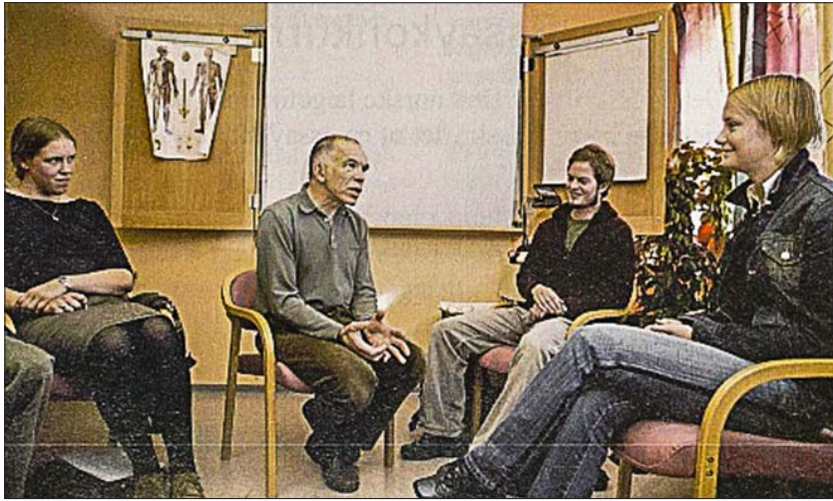
tenskapelige dokumenter, og unngå å bli avhengig av legemiddeldistriens tolkninger.

– Kurset ble opprettet i vår, forteller professor i allmennmedisin Steinar Hunskår. Han støtter utspillet til sin professor-kollega i sam-

funnsmedisin, Arild Bjørndal i Folkehelsen. I Dagbladet 22. august refset Bjørndal det han kalte blåøyde leger som oppfordrer alle norske kvinner i overgangsalderen til å begynne med østrogenbehandling.

*Figur 2: Allmennmedisinmiljøene i Norge var ledende i å innføre begrepet EBM (Evidence Based Medicine, kunnskapsbasert medisin). Det gjaldt også å undervise prinsippene for legestudenter. Her et nyhetsoppslag fra Dagbladet 6. september 1998. Kilde: Nasjonalbiblioteket.*





*Figur 3: Mentorordningen for legestudenter kom i gang midt på 1990-tallet. Hovedformålet med samtalegruppene var å forebygge senere mentale vansker og å gjøre studentene bedre rustet til å møte et krevende yrkesliv. Etter at de store kullene i Bergen kom i 1990-årene, har studentene opplevd fremmedgjøring i forhold til kullkameratene. Det er ikke lenger vanlig å kjenne alle man er på kull med, og de store kullene gjør det vanskelig for underviserne å få nær kontakt med studentene og dermed å være faglige og personlige forbilder. Her fra samtalegruppe ledet av allmennlege Kjell Johansen, som var tilknyttet instituttmiljøet gjennom mange år og i mange roller. Fra Tidsskrift for Den norske Lægeforening nr 16, 2005 (Biringen et al.). Foto Bjørn Erik Larsen.*

torordningen har variert i innhold og formål gjennom årene, og den har vært vekselvis frivillig og obligatorisk. Fra 2019 er mentorordning et obligatorisk tiltak for alle studenter ved UiB, først og fremst for førsteårsstudenter, men hvert studieprogram kan organisere dette på sin egen måte. De siste årene har professor Edvin Schei lagt ned et stort arbeid for den nåværende mentorordningen for medisinstudiet i Bergen.

### **Eksamen i allmennmedisin – flaggskip og etterlengtet sluttprodukt**

Eksamen i allmennmedisin var i mange år et *fata morgana* for miljøet, men et sterkt etterlengtet symbol på at allmennmedisin var et eget, stort og viktig fagområde for studentene og medisinstudiet i Bergen. Ved 1990-revisjonen fikk fagmiljøet gjennomslag for at det skulle komme en eksamen i form av både en skriftlig og en muntlig prøve. Planleggingen kunne dermed starte.

Arbeidet med eksamensordningen var stort og omfattende, men også en veldig nyttig og viktig utviklende prosess for fagmiljøet. Vi fikk fruktbare diskusjoner om eksamensinnhold og eksamensform, fagets innhold, pedagogikk, grunnutdanning versus spesialistutdanning, konsultasjonsferdigheter versus sjekking av faktakunnskaper, og hvilket faglig nivå vi skulle forvente av studentene.

Første eksamen ble avholdt i juni 1994. Pensum var den første læreboken i allmennmedisin fra 1991, deretter den kliniske læreboken fra 1997 og senere utgaver. Denne eksamenen var nasjonalt nybrottsarbeid, og vi var ca. 10 år foran de andre studiestedene med egen eksamen i allmennmedisin for alle legestudenter. Det er publisert en beskrivelse av eksamen og de første erfaringene (Bærheim og Malterud, 1995).

### *Skriftlig prøve*

Tidsrammen for den skriftlige delen av eksamen var fem timer. Vi laget en tradisjonell prøve som bestod av essayspørsmål, kortvarspsørsmål og noen flervalgs-spørsmål (figur 4). Spørsmålene omfattet ulike kliniske og teoretiske problemstillinger innen det allmennmedisinske fagområdet. Det ble lagt vekt på å lage realistiske pasienthistorier der realistiske kliniske vurderinger var viktig.

Fra høsten 2000 tilbød vi avgangskullet å lage sin egen eksamen. Begrunnelsen var at studentene på denne måten kunne trenes i akademisk skriving og å påvirke sine egne læringsmål. Studentene ble lovet at en av tre oppgaver ville bli tatt i bruk til eksamen, om enn i noe bearbeidet form. Dette var også et pedagogisk nybrottsarbeid, der en evaluering ble publisert av Bærheim og Meland. Studentproduksjon av eksamensoppgaver er et element som har vært brukt i undervisningen helt til i dag.

### *Muntlig prøve*

Muntlig eksamen ble gjennomført med en tidsramme på én time per kandidat. Vi ønsket å skape en hverdagsnær eksamenssituasjon som i høyest mulig grad kunne gi rom for testing av studentens allmennmedisinske kunnskaper, ferdigheter og holdninger. Vi valgte derfor å la hver student gjennomføre en konsultasjon med pasient. Etter konsultasjonen på maksimum 25 minutter fulgte en eksaminasjon som omfattet drøfting både av den aktuelle konsultasjonen og mer generelle spørsmål.

Pasientene ble rekruttert fra flere kilder:

- Pasienter hentet fra sensors og eksaminators egne praksiser.
- Akuttpasienter fra siste døgn legevakt. Vi hadde avtale med flere legevakter om å spørre akuttpasienter som hadde søkt legevakt

## PRØV DEG TIL EKSAMEN!

Frå skriftleg eksamen i allmennmedisin 30.mai 1995 viser vi oppgåve 5.  
Nokre stikkord for svara finn du på side 13.

### Oppgåve 5.

Odd Olseth (f. 13.04.48, adr. 5099 Bru) er salskonsulent ved eit meieri. Han er tidlegare frisk. Hausten 94 hadde han ein konsultasjon hos deg der han fekk utskrive 20 tablettar Paralgin Forte (paracetamol + kodcin) for hovudpine. Han følte seg då svært stressa i høve "planar for EU-tilpassing" med innskrenkingar i bedrifta. Han kjem no att og gjev uttrykk for sterk uro for helsa si. Dei siste to vekene har han hatt sterk hovudpine. Den er jamnt trykkande, som eit band rundt hovudet, men spesielt sterk over panneregionen. Nokre dagar kjem smerten ved frukost-tid, nokre dagar kjem den sigande ut på dagen. Han har mista konsentrasjonen på jobb, og eit par dagar har han stått over matpakka på grunn av kvalme. Han føler seg ikkje bra. Han er no pålagt ekstraarbeid i høve det kommande årsmøtet i bedrifta. Han reknar med å arbeide overtid 3-4 dagar i veka dei neste par vekene. Han ber om meir Paralgin Forte då han må vere i form dei neste dagane.

5.1 Kva 3 diagnosar vil du rekne som mest sannsynlege?

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

5.2. Anta at det er 90% sannsynleg at han har ein av dei 3 diagnosane du har foreslått ovanfor. Korleis vil du då fordje desse 90 prosentane?

Diagnose 1: \_\_\_\_%                      Diagnose 2: \_\_\_\_%                      Diagnose 3: \_\_\_\_%

5.3. Kva anamnesefaktorar og funn ved klinisk undersøking vil du legge vekt på for å skille dei to første differensialdiagnosane dine frå kvarandre?

5.4. Kva behandlingstiltak vil du setje i verk i denne konsultasjonen?

5.5. Skriv ein rescept på 20 stk Paralgin Forte til pasienten.

SH

*Figur 4: Skriftleg eksamensoppgave i allmennmedisin fra våren 1995. Dette er en typisk oppgaveformulering fra de første årene, der oppgaven bygger på en pasienthistorie og en aktuell sammenheng. Her eksemplifisert med hodepine, angst eller depresjon i forbindelse EU-tilpassninger i meierisektoren! Mange oppgaver ble trykt i nyhetsbrevet SAMklang, sammen med fasit. Her et eksempel i faksimile fra september 1995. Fasit ikke vedlagt!*

kvelden i forveien for ulike tilstander, som feber eller akutt svimmelhet.

- Simulerte pasienter (se nedenfor)

Eksamen foregikk i et undervisningsrom der det i bakgrunnen var plass til tilskuere, og der det foran i lokalet var innredet et «legekontor» med alt nødvendig utstyr. Kandidaten fikk korte journalopplysninger der det var naturlig, blodprøver kunne rekvireres og eksaminator ga svar på prøver som normalt undersøkes på et legekontor. Klinisk undersøkelse skulle gjennomføres som normalt, med mindre eksaminator ga resultatet, eksempelvis på gynekologisk undersøkelse.

Etter konsultasjonen fikk kandidaten spørsmål som gav anledning til utdypning og refleksjon rundt forløp og innhold av konsultasjonen; egen prestasjon, klinisk utkomme, kommunikasjon samt kliniske spørsmål.

Studentens prestasjoner i løpet av konsultasjonen og den påfølgende eksaminasjon ble brukt til en samlet vurdering etter gjeldende karakterskala av kunnskaper ferdigheter og holdninger langs følgende fire akser:

- *Klinisk akse*, med sykehistorie, undersøkelse og beslutninger
- *Kommunikasjonsakse*, med tema som opprette kontakt, lytte aktivt, klargjøre kontaktårsak etc.
- *Konsultasjonsakse*, med innledning, struktur av konsultasjonen og administrative ting som sykmelding, notat og henvisning.
- *Teoriakse*, med vekt på det kliniske, behandling etc.

### *Erfaringer*

Innføring av klinisk eksamen i allmennmedisin var hovedoppslag på TV2-nyhetene (figur 5), og ble altså vurdert som en nasjonal hendelse! Resultatene av eksamen var svært gode, det var svært få som strøk til eksamen og slik har det vært siden.

Eksamensoppsettet i allmennmedisin har variert noe siden 1994. En periode var undervisningen i femte studieår, og vi merket en klar nedgang i ferdighetene, noe som måtte tas hensyn til i bedømmelse. I en periode ble studentene av ressurs hensyn trukket ut til enten å ha skriftlig eller muntlig eksamen. Det var da viktig at gjennomsnittskarakteren var tilnærmet lik, slik at den ene eksamensformen ikke ga fordel fremfor den andre. Med studieplanen fra 2015 forsvant eksamen i allmennmedisin til fordel for integrerte eksamener med flere fag. Men fra høsten 2021 kom en muntlig prøve i allmennmedisin i nest siste semester tilbake. Dette er omtalt i et senere kapittel.



*Figur 5: Første gang med muntlig eksamen i allmennmedisin ble hovedoppslag i TV2-nyhetene 14. juni 1994. Nyhetsanker Vår Staude (bildet) introduserte kveldsnyhetene med frasen: Nå skal legestudentene i Bergen lære seg å snakke skikkelig med pasientene! Det antas at denne nyhetssendingen er den mest sette i norgeshistorien. Bakgrunnen er følgende. Det var på denne tiden sterk konkurranse mellom de to eneste TV-kanalene NRK og TV2. I 1993 var det journaliststreik i NRK, som gjorde journalistene lønnsledende i distriktene. Blant de gruppene som ikke hadde fått de store tilleggene i 1993, var imidlertid irritasjonen stor, og i juni 1994 kom det til ny konflikt. Denne gang var det de øvrige fagforeningene som streiket. Streiken varte i sju dager med stans i alle sendinger fra NRK. Det var like før det kommende fotball-VM, med norsk deltakelse, og dette framtvang en avtale. Nyhetssendingene fra TV2 var altså de eneste tilgjengelige og hele befolkningen benket seg foran TV2-nyhetene, mest med tanke på nytt om NRK-streiken og mulighetene for å se fotball-VM. Kilde: Skjermdump fra TV2/YouTube.*

### *Simulerte pasienter*

Til muntlig eksamen ble det tatt i bruk personer som simulerte å være pasienter. Det var Anders Bærheim som var primus motor for opplegget, og som har drevet både viktig utviklingsarbeid og forskning på dette feltet.

De simulerte pasientene til eksamen ble rekruttert fra en nærliggende kommunal arbeidsplass, og gjennomgikk en kort forhåndsopplæring form av to møter. Hensikten var ikke å bruke de simulerte pasientene til standardisering av eksamenssituasjonen, men å skaffe et tilfredsstillende utvalg av pasienter med aktuelle problemstillinger. Sykehistoriene representerte grenseområder mellom hverdagsplager og sykdom, som angst for hjertesykdom eller spenningshodepine. Men det ble også laget oppgaver bygget på pasientene selv, som en ekte føflekk eller prevensjonsbehov. Simulantene justerte rollene slik at de samsvarte best mulig med egen virkelighet. Ved det første møtet fikk simulantene velge rolle, i det andre møtet diskuterte man oppgaven og gjennomgikk rollen i form av et rollespill. Dette er et betydelig enklere og mer ressursbesparende opplegg enn hva som vanligvis beskrives ved opplæring av simulerte pasienter. Bærheim og Malterud publiserte en internasjonal artikkel om erfaringene.

Bærheim og stipendiat Torild Jacobsen drev senere undervisning basert på simulanter. Prosjektet *KomLab* var i 2008–2010 obligatorisk for medisinstudentene. Pensjonister ble trent i å presentere symptomer på gallestein, samt trent i å gi studenten tilbakemelding på kommunikasjon etterpå (figur 6). Jacobsen disputerte i 2011 på data som delvis kom fra dette undervisningsopplegget. Siden har Bærheim også trent simulerte pasienter til ulike instruksjonsfilmer til bruk for undervisere. Han instruerer også sensorer til OSKE-eksamen i enkle instruksjonsteknikker til bruk når man har pasienter til eksamen.

### **Felles instituttmøter – nasjonal samordning og utveksling av idéer**

De allmennt medisinske akademiske miljøene i Norge har et godt samarbeid gjennom de årlige allmennt medisinske universitetsmøtene, tidligere kalt felles instituttmøter (figur 7 og 8). Foruten gjensidig informasjon om aktivitetene, var det på 1990-tallet noen store saker som ble diskutert i mange år. Lærebokspørsmålet var en gjenganger i en tiårsperiode frem til utgivelsen av læreboka i 1997. Eksamensordningene og ulike former for legepraksiser tilknyttet instituttene, er eksempler på andre tema der studiestedene hadde gode diskusjoner og idéutvekslinger.

### **Undervisningsmøtene og stabsutvikling**

Seksjon for allmennt medisin la ned mye arbeid i å forberede seg på nye oppgaver, både faglig og pedagogisk gjennom hele 1990-tallet. Anders Bærheim var undervisningsleder hele 1990-tallet. Undervisningsmøtene annenhver uke, fagutviklingsseminar og også enkelte helgeseminar ble brukt for å planlegge undervisningen. Ulike forsøk ble gjennomført og noen elementer ble også utprøvd på en mindre gruppe studenter før endelig sjøsetting.

# Spiller syk for at du skal bli frisk

## ■ Pensjonister trener medisinstudenter

Noen uker hvert år spiller Hildur Knag rollen som syke Guri Jonsen. Publikum er det smått om – vanligvis bare en medisinstudent.

MARGRITH BEI MEDISEN  
RØNE NIELSEN (2010)  
margrith.bei@helse.no

– Rollen er egentlig den minste delen av jobben. Det mest krevende er uten tvil tilbakemeldingen som studenten skal ha, forteller Hildur Knag (71).

### Samtalen filmes

Vi møter henne og medisinstudent Ane Hjeltnad Holt (22) på KomLab på Haraldsplass Diakonale Sykehus i Bergen. På en skjerm i et laboratorium har vi fulgt med på hva som skjer. Et videokamera snurrer slik at studenten skal få se seg selv etter samtalen er avsluttet.

Situasjonen er at Guri Jonsen, alias Hildur Knag, skal opereres for gallestein. Student Ane Hjeltnad Holt skal skrive innkomstjournal. På forhånd har hun lest seg opp på Guri Jonsens sykdom, og hun vet hva hun skal måles på.

Hildur Knag skal i tillegg til å simulere syk også observere hvordan studenten klarer seg i løpet av samtalen, og gi henne en vurdering.

### Profesjonell opplæring

– Vi har målt effekten av slike samtaler og funnet en generell økning i kommunikasjonsferdigheter på rundt ti prosent. Spesielt gjelder det en del sentrale ferdigheter som medfølelse, være



IKKE BARE KASUS: – Jeg synes det er så viktig at legene ikke bare ser fildelen, men også mennesket, sier Hildur Knag (71). Ane Hjeltnad Holt (22) føler hun har krysset en bariere – hun har snakket med sin første pasient.

tydelig, ta pauser og å ta vare på pasientens følelse, utdyper professor Anders Bærheim på Institutt for samfunnsmedisinske fag ved Universitetet i Bergen.

Han og stipendiat Torild Jacobsen, tidligere skuespiller, har bygget opp KomLab. Bærheim så et lignende opplegg under en studiereise i USA. Jacobsen har nått hovedoppgaven med å instruere

de ni pensjonistene som spiller syke Guri Jonsen. Erfaringsne med simulertene er en del av doktorgradsarbeidet som hun skal legge frem i mai.

### Utvider tilbudet

– I Nord-Amerika er dette en treningsmodell som er svært vanlig. Vi var de første i Skandinavia som begynte med det. Nå skal det

### fakta

#### KomLab

■ KomLab er en forkortelse for kommunikasjonslaboratorium.

■ Her møter tredjedes medisinstudenter pensjonister som simulerer syke.

■ Hensikten er å gi fremtidige leger øvelse i å snakke med pasienter og en evaluering på hvordan det gikk.

**SMARTKORT:** Har du et smartkort liggende i lommeboken, for eksempel et spillerkort fra Norsk Tipping, kan du bruke dette til å sjekke, endre og levere selvangivelsen din. Såde som har et spillerkort fra Norsk Tipping og de som har et Allians-kort til den offentlige portalen der du kan levere mange andre elektroniske skjemaer, kan bruke dette smartkortet fra Buypass til å levere selvangivelsen.

dentur har aldri vært syke – de har knapt møtt et sykt menneske.

### Vurderes etter 22 punkt

Holge Bærheim, viser forskning at det er nær sammenheng mellom gode kommunikasjonsferdigheter og evne til å stille sikrere diagnose, gi tryggere behandling og få færre pasientdager. – God kommunikasjon må

*Figur 6: Simulerte pasienter deltar i undervisning av legestudentene i tredje studieår. Prosjektet KomLab ble drevet av Anders Bærheim og stipendiat Torild Jacobsen. Her fra reportasje i Bergens Tidende 20. mars 2010. Kilde: Nasjonalbiblioteket.*

Studentenes tilbakemeldinger ble nøye vurdert og diskutert. Det ble arrangert interne kurs om viktige pedagogiske emner, og vi hadde et opplegg for gjensidig å overvære hverandres undervisning.

Gjennom årsmeldingene får man et klart inntrykk av at undervisningen ble både sterkt vektlagt og brukt som merkevarebygging for akademisk allmenmedisin i Bergen. Et sitat fra årsmeldingen i 1993 kan avslutningsvis stå som eksempel på ånden som rådde:

Arbeidsmiljøet er preget av god lagånd, og av den drivkraft som følger av å være med på å bygge opp et stort og viktig fag. Den nye studieplanen vil legge store byrder på seksjonen, men entusiasmen er fortsatt i behold. Vi ønsker å bruke mye av både tid og krefter på å prege utdanningen av medisinske studenter i Bergen.



*Figur 7: Felles instituttmøter mellom de allmennmedisinske universitetsmiljøene har en lang historie og arrangementet går på rundgang mellom studiestedene. Universitetet i Tromsø hadde ofte møtene på Hurtigruten. Her fra møtet i 1992. Fra venstre Kirsti Malterud, Steinar Hunskår og Anders Børheim. Foto: Privat.*



*Figur 8: Fra felles instituttmøte 1992 i møterommet på Hurtigruten. Fra venstre: Siri Steine (UiO), Berit Rostad (NTNU), Anders Børheim (UiB), Knut Holtedahl (UiT), Steinar Hunskår (UiB), Anders Forsdahl (UiT), Ruth Bjørn (adm., UiT) og Roar Johnsen (UiT). Legg merke til undervisningsteknologien: Dette var overheadprojektorens gullalder! Foto: Kirsti Malterud.*



## Litteratur

- Bærheim A, Malterud K. Simulated patients for the practical examination of medical students: intention, procedures and experiences. *Med Educ* 1995; 29: 410-3.
- Bentsen BG, Bruusgaard D, Evensen ÅR, Fugelli P, Aaraas I (red.). *Allmenntmedisin. Fag og praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 1991.
- Biringe E, Stordal K, Johansen K, Aase K, Søvik DH, Kristiansen J, Schei E, Broch K, Nilsen S. Ni år med samtalegrupper for medisinstudentar i Bergen. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005; 125: 2219-20.
- Bærheim A, Malterud K. Klinisk eksamen i allmenntmedisin – en konsultasjon. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1995; 115: 1368-70.
- Bærheim A, Meland E. Hva om medisinstudenter lager oppgaver til sin egen eksamen? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121: 2971-3.
- Bærheim A, Meland E, Schei E. Konsultasjonsundervisning i medisinstudiet – studentenes evaluering. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 2263-5.
- Fugelli P, Eskerud J, Haug K, Johansen K. *Å lage gode leger. Mål og plan for den almenntmedisinske grunnutdanningen*. Oslo: Universitetsforlaget, 1986.
- Hunskår S (red.). *Allmenntmedisin – Klinisk arbeid*. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1997.
- Hunskår S. Grunnutdanninga i pakt med samfunnsutviklinga! *Tidsskr Nor Lægeforen* 1990; 110: 1807-8.
- Meland E, Schei E, Bærheim A. Pasientsentrert medisin – en oversikt med vekt på bakgrunn og dokumentasjon. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 2253-6.
- Schei E, Bærheim A, Meland E. Klinisk kommunikasjon: Et strukturert undervisningsopplegg. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 2258-61.

## 4.3 Forskningen på 1990-tallet: Medgang avler medgang

*Michael 2022; 19: Supplement 29, 137–53.*

*I 1990 var Institutt for allmennmedisin godt konsolidert og klar for å inngå som en sterk fagseksjon i paraplyinstituttet Institutt for samfunnsmedisinske fag (ISF) fra 1991. 1990-tallet var preget av initiativrikdom, vekst og vind i seilene for å bygge et sterkt forskningsmiljø. Mange suksessfaktorer spilte på lag i denne perioden; personene, prosjektene, samarbeidsrelasjoner og knoppstytinger. Den vitenskapelige produksjonen vokste sakte, men sikkert, i form av publikasjoner og doktorgrader. Etter årtusenskiftet var Seksjon for allmennmedisin i Bergen blitt det ledende allmennmedisinske forskningsmiljøet i Norge.*

Ved overgangen fra et institutt til en seksjon for allmennmedisin i 1991 var forskningsaktiviteten ikke overveldende, men man hadde ambisjoner, folk og prosjekter som lovet godt for de neste årene. Og i de siste av Per Fugellis år ble det laget en strategi som nå skulle fylles med innhold. Drahjelp fikk man også fra forskningsrådet og dets program for allmennmedisinsk forskning, som er omtalt i eget kapittel.

### **Forskningsstrategi og rammer for forskningen**

Per Fugelli sin programerklæring fra midten av 1980-tallet var at forskningen skulle rettes mot den ekte allmennmedisinske klinikken: De vanlige sykdommers forekomst, ytringsformer, forløp, utredning og behandling i førstelinjetjenesten. De mange hvite flekkene på kartet over allmennmedisinsk klinikk skulle utforskes: kontaktformer, kontaktårsaker, diagnoser, resepskrivning, sykmeldinger, laboratoriebruk, vanlige sykdommer og plager, ubestemte plager, sosiale forhold og forebyggende arbeid på allmennlegekontoret.

Men selv om bredde i mange sammenhenger utvilsomt er en styrke, straffer det seg alltid ved eksterne forskningsevalueringer, der forsknings-

ledelse, metodologisk perfektjonering og tematisk spissing alltid vurderes som best. At allmenmedisinsk forskning i tillegg ofte hadde blir publisert på norsk i legetidsskriftet, fikk også internasjonale evalueringspanel til å rynke på nesen. Det ble en samlet erkjennelse i Bergensmiljøet om at et lite institutt ville brekke nakken om man satset på «mye av alt». Bredde var viktig, men spissing og kvalitet viktigst.

Ved rekruttering av nye forskere ble det fra ca. 1990 en eksplisitt strategi å forsøke å koble dem på pågående prosjekter, og helst flere til samme prosjekt (figur 1). Framveksten av forskergrupper skulle prioriteres, om enn med bare 2–3 forskere på samme tema. Tydeligere prioritet på forskning innebar samtidig at man fra nå av ville nedprioritere deltakelse i kursvirksomhet og populærvitenskapelig arbeid.

Sammenlignet med tidligere år, ble dessuten forskningsstrategien på starten av 1990-tallet revidert slik at kartet bedre passet med terrenget. Det vil si en tilpassing til den forskningen som alt var i gjenge:

- Utforsking av kommunikasjon i lege-pasientforholdet, hovedsakelig med kvalitativ tilnærming og tverrvitenskapelig teorigrunnlag (Kirsti Malterud, John Nessa).
- Individrettet, forebyggende helsearbeid på allmennpraktikerkontoret, eksemplifisert med prosjekter innen tobakksrøyking (Kjell Haug), hjerte-kar-risiko (Eivind Meland), og tidlig intervensjon ved alkoholmisbruk (Sverre Fauske).
- Utforsking av klinikk, diagnostikk og terapi ved urinveglidelser (Anders Bærheim, Steinar Hunskår og Hogne Sandvik).
- Praksisanalyser og kvalitetssikring ved legemiddelbehandling (Kirsten Rokstad og Jørund Straand) og laboratoriebruk i allmennpraksis (Sverre Sandberg, Geir Thue og Benedicte Eskeland).

De langsiktige målsettingene innen disse feltene bestod av metodeutvikling, presisering og fordypning, oppretting av forskergrupper og samarbeid med forskningsmiljøer andre steder.

#### *Infrastruktur i form av EDB, litteratur og forskeropplæring*

Selv om det ikke er mer enn 30 år siden, kan det være vanskelig for nåværende stipendiater og forskere å forestille seg hvordan den praktiske hverdagen og rammene for forskningsaktiviteten har endret seg. Fra midten av 1980-tallet kom det egne datamaskiner på forskerkontorene, og det var mange utfordringer med ferdigheter og kapasitet. De første datamaskinene hadde ikke harddisk, og måtte startes opp ved en egen diskett som inneholdt operativsystemet. Når det var gjort, kunne man sette inn disketten med



*Figur 1: Medarbeidere ved Seksjon for allmennmedisin og Ulriksdal legesenter (UL) i 1993. Rekkevis fra venstre nederst: Kirsti Malterud, Marianne Berentsen (UL), Kirsten Salomonsen (adm.), Geir Thue, Signe M Zachariassen (adm.), Hanne Hollnagel (gjesteforsker, Danmark), Kirsten Rokstad, uidentifisert helsesekretær (UL), Janecke Thesen, Eivind Meland, Anders Bærheim, Gudrun Mangersnes (UL), Hogne Sandvik, Atle Klovning, Reidun Kismul, Sverre Sandberg, Steinar Hunskår, Gerd Olavsén (adm.), Jørund Straand, Åse Hjertholm (adm.), Signe Tønsaker (adm.) og Ester Myrvold (adm.). Montasje: Kirsti Malterud.*

tekstbehandlingsprogrammet Word Perfect eller et av de tidlige statistikk-programmene. En tredje diskett ble så benyttet for å lagre data- og tekst-filene. Utskrifter skjedde på traktorpapir med nåleprintere.

Et eksempel fra 1990 illustrerer datidens teknologi. I den stort anlagte Møre- og Romsdalsundersøkelsen hadde allmennleger i fylket fylt ut et spørreskjema og tatt kopi av alle resepter for alle pasientkontakter i en måned. Materialet omfattet nær 100.000 pasientkontakter, og dette ble kodet og lagt inn i et databaseprogram på Norsk Medisinaldepot. Herfra kom materialet til analyse hos Straand og andre forskere i Bergen. Forsendelsen besto av 64(!) disketter i størrelse 5 ¼-tommer. Databaseformatet var heller ikke kompatibelt med noen av de aktuelle analyseprogrammene ved instituttet. Men det løste seg til slutt. Det var derfor litt av et framskritt da vi tidlig på nittitallet fikk pc-er med harddisker og mer hendige og solide 3 ½-tommers disketter. Disse hadde langt større lagringsplass enn de tidligere myke og store diskettene.

Et annet eksempel viser hva som kunne stå på spill. Malterud hadde avhandlingen sin lagret på løse 5¼-tommers disketter, som vanlig på den tiden. Hun hadde nettopp anskaffet seg en hund. En dag huserte hundevalpen på universitetskontoret, og ble funnet glad og logrende på golvet mens den gomlet fornøyd på en av diskettene der avhandlingen var lagret. En gråblek doktorand kom til lunsjrommet denne dagen, men takket være god korttidshukommelse tok det ikke lang tid før innholdet var gjenskapt, og ifølge henne selv, trolig til det bedre!

*Tidsskriftene* var et vindu mot den store verden, og Instituttet var tidlig ute med å abonnere på en lang rekke medisinske tidsskrifter, både allmenn-medisinske og alle de store kjente. Tidsskriftene ble samlet i sirkulasjons-mapper som man kvitterte på når man hadde gått gjennom dem og eventuelt kopiert det man ville ha i eget arkiv. Så la man mappen i posthyllen til nestemann. Deretter ble de samlet i instituttets eget bibliotek eller på Universitetsbiblioteket på Haukeland Sykehus. Betydningen av å bli «tvunget» til stadig å følge med i disse sentrale tidsskriftene, skal ikke undervurderes. Etter hvert ble det også mulig å foreta elektroniske litteratursøk, og dermed var det ikke lenger nødvendig å oppsøke universitetsbiblioteket hver gang man skulle lete opp en aktuell artikkel eller litteraturreferanse.

*Forskningsmøtene* som tidlig var etablert som et langsgående internt utdanningsprogram, fortsatte som før, og etter hvert med økende antall personer til stede. Det var satt opp program for hvert semester, som regel med hjemmelektur i forkant av hvert møte. Dette kunne være et artikkel-utkast i tidlig fase, planer og søknader om nye prosjekt eller kongresspre-sentasjoner i kjømda. Møtet ble dermed et verksted for kritikk og tilbake-

meldinger, i en positiv atmosfære. Hvert semester var det dessuten et langsgående tema organisert som et rullerende kollokvium. Dette kunne være en bok, utvalgte bokkapittel eller en samling artikler.

Tilrettelegging av utdanningsprogrammet gikk på omgang mellom de vitenskapelige i faste stillinger, mens ansvaret for å innlede om dagens tema rullerte mellom alle, også stipendiatene. Det var en klar forventning i miljøet om at alle ansatte som ikke hadde gyldig fravær, skulle delta på forskningsmøtene, også når tema var helt andre enn hva den enkelte var opptatt av i egen forskning. På denne måten fikk alle bred innsikt i hva de andre kollegene holdt på med, både med hensyn til problemstillinger og metoder. I dag heter møteserien *Akademimøtet*, som altså har en direkte ubrutt linje i form og innhold helt tilbake til 1980-tallet.

### **Prosjektene og de første doktorgradene**

I 1990 hadde tre av de ansatte doktorgrad, med arbeidet utført andre steder. Det var derfor en milepæl for instituttet da Kirsti Malterud i 1990 forsvarte sin doktorgrad om kvinnelige pasienter i allmennpraksis. Dette var ikke bare det første doktorgradsarbeidet som helt og fullt var blitt til på instituttet i Bergen. Arbeidet var også den aller første doktorgraden i allmennmedisin der forskningen utelukkende hadde benyttet kvalitative forskningsmetoder.

I tidsrommet 1990–2002 var det på 13 år 13 disputaser, altså i gjennomsnitt én for året. I forhold til i dag er tallet beskjedent, men den gangen var det et tegn på voldsom framgang i forskningen. En gjennomgang av alle doktorgradene blir gjort i et senere kapittel av boken.

#### *Urininkontinens og urinveisinfeksjoner fram i lyset*

Utover 1990-tallet utviklet det seg en mer tydelig tematisk arbeidsdeling av forskningen mellom de fire universitetsmiljøene. I Bergen etablerte Hunskaar, professor fra 1992, urininkontinens som et viktig satsningsområde. Fra slutten av 1980-tallet bygget han systematisk opp en forskergruppe rundt denne tematikken (figur 2). Dels fordi urininkontinens var en forsømt problemstilling både klinisk og forskningsmessig, dels fordi dette var en god modelltilstand for klinisk og epidemiologisk forskning, og dels fordi han etter hvert fikk muligheter til å hente inn gode forskningsdata på området. Resultatet ble at inkontinensgruppa i årenes løp kom helt i front både nasjonalt og internasjonalt (figur 3). For eksempel utgjorde vitenskapelig produksjon i tidsrommet 1995–2011 over hundre vitenskapelige artikler og 11 ph.d.-avhandlinger. En oversikt over de 100 mest siterte artiklene i verden på dette området gjennom 50 år 1950–2020, viste at hele 10 av



*Figur 2: Inkontinensgruppa hadde årlige seminarer med deltakere fra hele landet. Her fra seminaret i november 1996 på Vallevik feriesenter i Lindås. Her en mindre gruppe av de 11 deltakerne på tur i verdens nordligste naturlige bøkeskog, på Vollom, like ved. Botanikeren Knut Fægri ved UiB utførte pollenundersøkelser i 1950-årene, og han kom frem til at bøkeskogen her var blitt etablert alt i yngre jernalder. Fægri gikk den gangen langt i retning av å peke på en politisk-historisk bakgrunn for bøkeforekomsten, for bare fire km fra skogen ligger den gamle kongsgården Seim, som Snorre knyttet til Harald Hårfagre og hans sønn, Håkon den gode. Det var derfor nærliggende for Fægri å foreslå at bøken var kommet til Hordaland fra Vestfold med kongene av ynglingeætten, Slektskapet er senere bekreftet ved DNA-analyser av trærne. Fra venstre på bildet: Hogne Sandvik (stipendiat UiB), Vivi Greve Johannessen (medisinstudent kull 95A, skrev særøppgave om urininkontinens), Solfrid Indrekvam (stipendiat UiB), Steinar Hunskår, Anita Vanvik og Olaug Gimse Storrø (begge uroterapeuter ved Regionsykehuset i Trondheim). Foto: Solfrid Indrekvam.*



Figur 3: Stipendiat Guri Rørtveit ved sin poster under inkontinenskongress i Heidelberg i 2002. Posteren omhandler det som seinere skulle bli hennes prisbelønte artikkel i New England Journal of Medicine om urininkontinens og keisersnitt. Foto: Solfrid Indrekvam.

artiklene hadde forfattere fra denne forskningsgruppen, deriblant nr. 1, 4 og 16.

Hogne Sandvik var den første som disputerte på et inkontinensprosjekt (1995), de neste var Arnfinn Seim (1999, seinere professor ved NTNU), Truls Østby (professor ved University of Western Ontario, Canada) og Solfrid Indrekvam (2002).

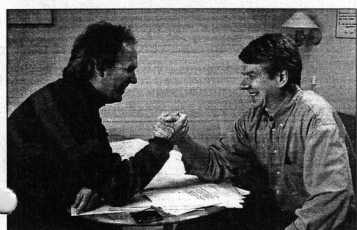
Anders Bærheim hadde allerede i mange år hatt prosjekter om urinveisinfeksjoner, og disputerte i 1994, som den andre utgått fra instituttmiljøet. Bærheim har siden beholdt og videreutviklet sin forskning på nedre urinvegsinfeksjoner hos kvinner. Etter hvert omfattet forskningsporteføljen også en rekke studier der virkningen av både ultralyd og mer alternative behandlingsformer ble testet ut. Bærheim og Hunskaar har samarbeidet om en rekke prosjekter og publikasjoner på urinveisfeltet.

En spesielt interessant tilnærming i Bærheims forskning er Terje Alræk sin avhandling (2004) om akupunktur mot hyppige urinveisinfeksjoner hos kvinner. Terje Alræk er utdannet akupunktør fra England med egen praksis i Bergen. Avhandlingen konkluderte med at akupunkturbehandling etter kinesisk tradisjon kan være et egnet tiltak for forebygging av blærekatarr hos voksne kvinner (figur 4). Alræks doktorgrad om akupunktur var den



# Lider du av Shi Re?

- eller er det Recidiverende Cysitt?



**Fra tvekamp til samarbeid: Terje Alræk og Anders Bærheim har brutt den kraftige barrieren mellom skolemedisin og alternativ medisin.**

FOTO: RAGNHILD M. EIDEM KRÜGER

**Når skolemedisin og alternativ medisin møtes, handler det blant mye annet om språk. Om kommunikasjon mellom to grupper som har tradisjon for å se med en smule forakt og mistenksomhet på hverandre. Dette gjelder imidlertid ikke førsteamanuensis Anders Bærheim, ved Seksjon for allmennmedisin, og akupunktør Terje Alræk, ved Bryggen medisinske senter. De to har gått mange runder sammen de siste årene. Det har gitt resultater som finner nåde for vitenskapens skarpe blikk.**

*Figur 4: Oppslag i UiB-magasinet nr. 2/1998 om akupunkturstudiene til Terje Alræk og Anders Bærheim. Artikkelen er skrevet av Ragnhild M. Eidem Krüger, som en periode i 1996 hadde journaliststipend fra Norges forskningsråd for å arbeide som forskningsjournalist ved Seksjon for allmennmedisin.*

første i Norge. I dag arbeider Alræk som forsker innen alternativ medisin ved Universitetet i Tromsø og som professor ved Høyskolen Kristiania i Oslo.

## *Medisinsk kvinneforskning – metodeutvikling*

Kirsti Malterud, professor fra 1992, arbeidet hele perioden systematisk med medisinsk kvinneforskning, klinisk kommunikasjon og utviklingsarbeid knyttet til kvalitative forskningsmetoder i medisinsk og helsefaglig forskning. Hun knyttet nettverk med forskerkolleger i Danmark og Sverige, og disse var i perioder gjesteforskere ved seksjonen. Hun ble den første professor II i medisinsk kvinneforskning ved Senter for kvinneforskning (UiO) (1994–2001), og med det fulgte veiledningsansvar for stipendiater der, forsker-nettverk og generøse bevilgninger fra Forskningsrådet. Senere ble hun engasjert som forskningsprofessor ved Forskningsenheden for almen medicin i København (1998–2007 og 2012–2021). Hun var også professor II i allmennmedisin ved Københavns Universitet (2001–2004). Senere i kapitler

følger en gjennomgang av hvordan utvikling og bruk av kvalitative forskningsmetoder preget seksjonens forskning gjennom 1990-tallet.

#### *Laboratoriebruk i allmennpraksis*

Geir Thue leverte inn sin doktorgrad om allmennlegers laboratoriebruk i 1994. Godkjenning av avhandlingen gikk greit, men disputasen lot vente på seg. Først ble den ene opponenten rammet av hjerteinfarkt. Deretter ble den andre opponenten liggende lenge i koma som komplikasjon til det som skulle vært en rutinemessig kikkhullsoperasjon av gallestein. Men godt ut i 1995 var komiteen restituert, og disputasen kunne finne sted. Thue har senere vært tilknyttet Noklus, og har sammen med professor Sverre Sandberg publisert en rekke artikler om laboratoriebruk i allmennpraksis opp gjennom årene.

Benedicte Eskeland disputerte i 2001 på en avhandling om jernmangel, der det var samarbeid med laboratoriemiljøet på Haukeland og der kvaliteten på laboratorieanalyser inngikk som tema.

#### *Romsdal versus Møre – Starten på reseptforskningen*

I 1997 forsvarte Kirsten Rokstad sin avhandling basert på diagnose- og reseptundersøkelsen i Møre og Romsdal. Men studien var mer enn en ren farmakoepidemiologisk studie, det var også en geografisk kontrollert studie. Mellom de to registreringsperiodene mottok nemlig legene i Romsdal en opplæringspakke om riktigere behandling av blærebetennelse og søvnvanster, mens Møre-legene fungerte som kontrollgruppe. Dermed fikk man før-og-etter data fra begge deler av fylket, og mulighet for å studere effekt av intervensjonen. Oppslutningen om studien blant legene var formidabel, noe som langt på vei kan tilskrives Rokstads besøksrunde til samtlige praksiser i forkant av studien.

I 1999 disputerte Jørund Straand med en ny doktorgrad basert på undersøkelsen fra Møre og Romsdal. På denne tiden lanserte Helsetilsynet planer om et nasjonalt reseptregister for å kontrollere legenes forskrivingpraksis. Straand var da nestleder i Norsk forening for farmakoepidemiologi og denne foreningen ble nå aktivt brukt som en pressgruppe med mål om at et framtidig reseptregister måtte etableres etter mønster fra de farmakoepidemiologiske forskningsdatabasene i Danmark. Reseptregisteret måtte bli et register for forskning og kvalitetsforbedring, ikke for tilsyn og kontroll. Et nordisk seminar ble holdt i Bergen med påfølgende publisering i et eget temanummer av tidsskriftet *Norsk epidemiologi*.

Da reseptregisteret til slutt ble etablert i 2004, var formålet blitt omdefinert til forskning og kvalitet, ikke minst etter argumentasjon fra allmenn-

medisinske forskningsmiljøer. Fremdeles er Reseptregisteret et av få nasjonale helseregistre med komplette data fra primærhelsetjenesten, og forskning med utgangspunkt i dette registeret står sterkt i allmennmedisinmiljøet den dag i dag.

#### *Forebygging av hjertesykdommer*

I 1998 forsvarte Eivind Meland sin doktorgrad som handlet om ulike tilnærminger til å forebygge hjertesykdom. Både før og etter doktorgraden har Meland engasjert seg i kliniske og epidemiologiske prosjekter relatert til hjertesykdom, livsstilsendring og ungdomshelse, med flere senere doktoravhandlinger som resultat.

### **Kvalitative forskningsmetoder**

Humanistiske perspektiver og pasientsentrert metode fikk gradvis sterkere forfeste i allmennmedisinen på 1980-tallet. Med dette våknet interessen i instituttmiljøet i Bergen for andre forskningsmetoder enn statistikk og epidemiologi. Kvalitative metoder var lovende verktøy for utvikling av ny kunnskap om lege-pasientforholdet og klinisk kommunikasjon, og dette var tema som allerede hadde høy prioritet ved Seksjon for allmennmedisin rundt 1990.

Med analyse av tekst fra samtaler eller observasjon kunne man utforske erfaringer og forventninger blant leger, pasienter og pårørende om sykdom og helse. Men slike tilnærminger var fortsatt nærmest ukjent innen medisinsk forskning. Med inspirasjon fra tverrfaglige samarbeidsfelt og nordiske allmennmedisinske forskerkolleger var det imidlertid flere fra det allmennmedisinske miljøet i Bergen som startet opp en møysommelig felles innsats for å tilegne seg prinsipper, tilpasse prosedyrer og omsette disse metodene til anerkjent forskning, gyldig medisinsk kunnskap og praksisrelevante resultater.

Skepsisen i resten av det medisinske miljøet, både ved fakultetet i Bergen og ellers i landet, var innledningsvis betydelig. Det ble nødvendig å satse på utvikling, kvalitetssikring og presentasjon av kvalitative forskningsmetoder som etter hvert fikk anerkjennelse også i etablerte biomedisinske miljøer. I løpet av 10–15 år ble det ved Seksjon for allmennmedisin bygd opp kompetanse og gjennomført en rekke doktorgradsprosjekter med kvalitative metoder

#### *Doktoravhandlinger med bruk av kvalitative metoder*

Kirsti Malterud var først ute med analyser av lydopptak fra egne konsultasjoner. Avhandlingen *Allmennpraktikerens møte med kvinnelige pasienter* endte

med disputas i 1990, den første som var utviklet i sin helhet i instituttmiljøet, der Malterud hadde vært ansatt fra 1987. Dette var en observasjonsstudie med utvikling og anvendelse av nøkkelspørsmål. Hensikten var å styrke pasienten og bidra til at legen fikk mer kunnskap om helseplager som ellers fremsto som medisinsk uforklarte.

Marit Hafting disputerte i 1996 med avhandlingen *Et eple om dagen*. Bakgrunnen var en intervjustudie med eldre småforbrukere av helsetjenester om deres sykdomsoppfatning, hva de mente kunne gjøres for å forebygge sykdom, og hva slags behandling, pleie og omsorg de ønsker dersom de skulle bli syke.

I 1999 disputerte John Nessa med avhandlingen *Talk as medical work – Discourse analysis of patient-doctor communication in general practice*. Avhandlingen inneholdt originale teoretiske bidrag fra lingvistikk-faget. Såkalt mikroanalyse av videoopptak hentet fra utfordrende konsultasjoner hos allmennmedisinske kolleger, demonstrerte betydningen av språklig samhandling og humanistiske perspektiver.

Per Stenslands avhandling *Approaching the locked dialogues of the body – Communicating symptoms through illness diaries*, som ble forsvart i 2003, var et aksjonsforskningsprosjekt med kvalitativ evaluering av en helsedagbok. Helsedagboken var et enkelt redskap for å stimulere til nye samtaler med pasienter med fastlåste helseplager. Evalueringen bygget på feltnotater, intervjuer og videoopptak fra prosessene der helsedagboken ble utviklet og anvendt.

I alle disse tidlige prosjektene hadde forskerne hovedveiledere fra allmennmedisin. Men det ble også brukt tverrfaglig støtte og veiledning fra andre fagområder, som sosiologi, folkeminne, sosialantropologi, litteraturvitenskap, psykologi og systemteori. På denne tiden var intervjustudier vanligste design innen kvalitativ forskning, men problemstillingene i de praksisnære allmennmedisinske prosjektene ledet til utvikling av blant annet aksjonsforskningsdesign, kvalitativ evaluering og diskursanalyse.

De to første avhandlingene ble publisert som norskspråklige monografier utgitt på forlaget TANO. Senere ble det nærmest enerådende med avhandlinger basert på engelskspråklige artikler med norsk eller engelsk sammenfatning.

### *Nordisk samarbeid*

I de fleste andre land var det samfunnsvitere som på denne tiden forvaltet kvalitative forskningsmetoder, også innen allmennmedisinsk forskning. Instituttet i Bergen fikk en viktig rolle i det nordiske samarbeidet der all-

mennmedisinske forskere selv forvaltet utviklingen av de kvalitative metodene tilpasset fagets oppdrag, forutsetninger og problemstillinger.

En nordisk arbeidsgruppe arrangerte i tidsrommet 1991–1998 fire seminarer om denne forskingstradisjonen. Fra Norge deltok Hafting og Malterud i arbeidsgruppen. Disse seminarene ble et forum for metodeutvikling på fagets egne premisser, og 24 av deltakerne tok senere en allmennmedisinsk ph.d.-grad. Sentrale foregangskolleger var blant andre Carl Edvard Rudebeck, Katarina Hamberg og Eva Johansson fra Sverige og Inga Lunde og Susanne Reventlow fra Danmark.

Utgangspunktet i prosjektene var ofte praktisk klinisk, og fremgangsmåten pragmatisk og selvstendig. Etter hvert fikk den praktiske kliniske nysgjerrigheten følge av en vitenskapelig metodisk nysgjerrighet. Men metoder fra andre kunnskapsfelt var ikke alltid velegnet når oppdraget var å utvikle medisinsk og fortrinnsvis allmennmedisinsk kunnskap. Dette ledet gradvis til utforming av metoder der intersubjektivitet og refleksivitet var sentrale kriterier. *Intersubjektivitet* innebærer at forskningsprosessen skal være åpen og begripelig for andre, og *refleksivitet* betyr at forskeren kontinuerlig skal ha et skarpt blikk på sin egen rolle og betydningen av konteksten i prosjektet.

### *Bergensmiljøet fikk innflytelse og anerkjennelse*

Den tids metodebøker ga lite praktisk støtte for gjennomføring av analyseprosessen. Lunde og Malterud skrev lærebøker i 1995/1996 om kvalitative forskningsmetoder. Bøkene var viktige for å gjøre disse metodene kjent og anerkjent innen medisin og helsefag.

Allmennmedisin ble derfor et sentralt fagområde for kvalitative metoder i medisinsk forskning, ikke bare i Norge og Norden, men også internasjonalt. Fagmiljøet i Bergen spilte her en viktig rolle, blant annet med et gjennombrudd der to artikler om vitenskapelig forankring og kvalitetskriterier i kvalitative metoder ble publisert i det anerkjente tidsskriftet *The Lancet* (Malterud, 2001) (figur 5).

Forskerne fra Bergen ble veiledere for andre forskere både i eget akademisk miljø og i samarbeid med andre institusjoner og fagområder. Etter hvert fulgte knoppskyting av denne kompetansen med en rekke allmennmedisinske prosjekter og doktorgradsprojekter der kvalitative metoder sto sentralt. Fra instituttet i Bergen kom en rekke allmennmedisinske avhandlinger med kvalitative studier om forskjellige tema, eksempelvis genetikk og medikalisering, helse blant lesbiske, etikk i livsstilsrådgivning, psykiatri i allmennpraksis, forebyggende helseundersøkelser i allmennpraksis, sykefravær ved medisinsk uforklarte plager, fastlegen som livsstilsveileder, lege-

## Qualitative research series

**Qualitative research: standards, challenges, and guidelines**

Kirsti Malterud

Qualitative research methods could help us to improve our understanding of medicine. Rather than thinking of qualitative and quantitative strategies as incompatible, they should be seen as complementary. Although procedures for textual interpretation differ from those of statistical analysis, because of the different type of data used and questions to be answered, the underlying principles are much the same. In this article I propose relevance, validity, and reflexivity as overall standards for qualitative inquiry. I will discuss the specific challenges in relation to reflexivity, transferability, and shared assumptions of interpretation, which are met by medical researchers who do this type of research, and I will propose guidelines for qualitative inquiry.

*Figur 5: Faksimile av Kirsti Malteruds prisbelønte artikkel om kvalitative metoder i Lancet i 2001. Dette var en av to artikler i påfølgende numre av tidsskriftet, der Malterud redegjør for kvalitative metoders bruksområde, kvalitetsbedømmelse og utfordringer.*

rollen i legestudiet, helseskadelig alkoholbruk, livmorhalsscreening blant innvandrerkvinner, allmennlegens portvaktfunksjon og livets slutt i sykehjem.

Nytt var også multimetodiske ph.d.-avhandlinger som inkluderte delstudier med både kvalitative og kvantitative metoder. I mange år har forskere fra Bergensmiljøet vært sentrale i undervisning og metodeutvikling på dette feltet, blant annet med publisering av empiriske studier og metodologiske problemstillinger, utgivelse av lærebøker om fokusgruppestudier og kvalitativ metasynthese, samt tilbud om metodekurs og seminarer beregnet for allmennmedisinske forskere.

### **Kuriosa på 90-tallet: Jordstråler og vampyrer!**

Gjennom hele 1990-tallet var det mange alternative behandlingsformer som ble markedsført av ulike behandlere. Allmennlege Jan Øren hevdet i avisintervjuer at *jordstråling* var en viktig årsak til kroniske helseproblemer, og at slik stråling gjorde tusenvis mennesker sykmeldte eller uføretrygdet (figur 6). Øren hevdet at en relativt enkel behandlingsmetode, skjerming mot strålene ved hjelp av en såkalt TX-plate (plastplate med innlagt kobber), hadde dramatisk positive helseeffekter. Legen ble innklaget til Rådet for legeetikk, som uttalte at behandlingen var vitenskapelig udokumentert, og rådet anbefalte han å inngå samarbeid med tanke på forskning etter vanlige krav til metode og kvalitet. Legen tok så kontakt med Seksjon for allmennmedisin. Han skaffet også forskningsmidler til prosjektet, blant annet fra

GC Rieber Fondene, men hadde også sitt eget «forskningsfirma»: *Senter for anvendt forskning på lavenergetiske magnetfelt innen biologien*.

Anders Bærheim, Bjørn Bjorvatn og Steinar Hunskår sa seg villig til å veilede Øren i et relativt avansert forskningsprosjekt for å teste ut effekten av TX-platene. I tillegg utførte Bærheim flere innledende forsøk omkring bruk av ønskevist og ulike alternative behandlere sine resultater når det gjald å påvise «jordstråling», «vannårer» og lignende fenomener.

Forsøkene viste at jordstråler ikke lot seg konsistent påvise, og at barn som sover i jordstrålefelt ikke var sykere enn andre barn. Den randomiserte, kontrollerte studien viste ingen behandlingseffekt av «skjerming» mot jordstråler med TX-plater. Studien omfattet 80 pasienter med langvarige smeretilstander og stivhet i bevegelsesapparatet. Pasientene i studien ble etter få uker betydelig (20–40 %) bedre av sine plager, men like mye bedre enten de fikk ekte TX-plater eller jukseplater. Påstandene om jordstråler manglet således vitenskapelig grunnlag, og i en kommentar mente forfatterne fra UiB til forsiktighet med å tolke kliniske suksesshistorier, enten som publiserte sykehistorier eller klinisk erfaring, som bevis på at et tiltak har effekt i seg selv. Saken vakte betydelig oppmerksomhet i årene 1998–2006, men viste også fagmiljøets vilje til å ta en utfordring og evne til å gjennomføre en klinisk studie av høy kvalitet.

### *Vampyrer, hvitløk og berømmelse*

Andreas Bærheim og Høgne Sandvik kom på den «ville» ideen at de ville teste ut eksperimentelt den kjente hypotesen fra film og litteratur om at hvitløk beskytter mot vampyrbitt. Det var riktignok ikke helt enkelt å skaffe tilgang til vampyrer à la Dracula til forskningen. De måtte finne et «forsøksdyr» for vampyrer, et annet blodsugende vesen, og valget falt på blodigler levert på glass flybåret fra Norsk Medisinaldepot. Det påfølgende eksperimentet ble publisert både på norsk og i BMJ, og forfatterne ble i 1996 tildelt den eksklusive IG-Nobelprisen for forsøk som ikke kan eller bør gjentas. Prisen vakte stor oppmerksomhet, og var også et stort nyhetsinnslag på TV2. Artikkelen er nærmere omtalt i kapitlet om *Priser og heder*.

### **Look to Bergen!**

På tampen av 1990-tallet hadde det allmennmedisinske forskningsmiljøet i Bergen to internasjonalt ledende forskningsgrupper, nemlig urininkontinensgruppen ledet av Steinar Hunskår og kommunikasjonsforskningen ledet av professor Kirsti Malterud. I tillegg var det stor forskningsaktivitet knyttet til Noklus, under professor Sverre Sandberg sin ledelse.

# God tro har tapt mot forskningen

Jordstråling lar seg ikke påvise. Å skjerme mot strålingen har ingen effekt, viser undersøkelser fra Universitetet i Bergen.

KARI PEDERSEN  
karpederse@bt.no

Lege Jan Øren har likevel tro på virkningen av å skjerme menneske mot jordstråling:

– Tilbakemeldinger forteller meg at dette kan hjelpe for mange ulike plager, sier Øren.

Institutt for samfunnsmedisin ved Universitetet i Bergen har gjennomført tre studier av jordstråling. En av disse etter initiativ fra Jan Øren.

Resultatene er nedslående for dem som mener jordstråling betyr noe for folks helse:

– Jordstråler lar seg ikke påvise. Barn som sover i jordstrålefelt er ikke sykere enn andre barn. Skjerming mot jordstråler med spesielle plater har ingen påviselig effekt, oppsummerer professor Anders Bærheim, prosjektleder Steinar Hunskaar og professor Bjørn Bjorvatn i en artikkel som står i Tidsskrift for Den norske lægeforening.

## Like friske

Konklusjonene støtter seg på følgende tre undersøkelser:  
n Fire erfarne jordstrålesøkere ble utvalgt av hverandre bedt om å kartlegge jordstråler i en gymnastikkhall. Alle fire tegnet jordstrålemønstre, men på ulike steder.

n 44 familier med barn deltok i en undersøkelse der jordstråle-

**Best resultater har jeg fått på barn, men det knytter seg etiske problemer til å forske på dem**

JAN ØREN, LEGE

søkerne fant mye stråling, men ikke sykere enn andre barn. n 80 pasienter deltok i en stu-



LEGEN MED STENGENE: Jan Øren drev mye med skjerming mot jordstråling da han var kommunelege i Gløppen og Fjaler på 90-tallet.

die der samtlige fikk plassert spesielle skjermingsplater (TX-plater) under sengen. Bare halvparten fikk ekte varer. Mange ble bedre, men bedringen var like stor i gruppen som fikk falske plater som de som fikk ekte.

Forskerne vil nedlegge søkepinne for godt: – Gitt eksisterende kunnskap, mener vi at videre forskning på jordstråling vanskelig kan forsvares, konkluderer de.

## – Regnet for lite

Som kommunelege i Gløppen og Fjaler på 1990-tallet sørget Jan Øren for å skjerm

700-800 boliger mot jordstråling. Øren sier at tilbakemeldingene tyder på at svært mange ble hjulpet av skjermingen.

Undersøkelsen av de såkalte TX-platene tok Øren initiativ til. GC Rieber fondene støttet undersøkelsen med 200.000 kroner,

## fakta

■ Kommunelege Jan Øren skapte mye detalj da han på 90-tallet skjermte hundrevis av hus i Gløppen og Fjaler mot jordstråling.

■ Barna i de to kommunene fikk færre sykehusinnleggelser ved Sentralkyhuset i Fjorde. Blant de voksne i Fjaler var tallet på sykemeldinger 20 prosent lavere enn i resten av fylket.

■ Øren brukte flere metoder, deriblant skjerming med TX-plater. Disse platene hadde ingen effekt i en studie utført av institutt for samfunnsmedisin ved Universitetet i Bergen.

men overskridelsene måtte Øren dekke privat.

Det finnes mulige forklaringer på det nedslående resultatet, mener han:

– I undersøkelsen ble platene brukt et halvt års tid fra april

2002. Dessverre regnet det svært lite det halvåret. Jordstråling antas å komme av vann som beveger seg i grunnen. Pasientenes bedring kan forklares med det, sier Øren og legger til:

– Dessuten tror jeg deltakerne hadde for tunge plager. Best resultater har jeg fått på barn, men det knytter seg etiske problemer til å forske på dem, sier Øren.

– Har forskerne konklusjoner fått deg til å tvile på effekten av skjerming?

– Nei. I grunnen ikke. Resultatene jeg har oppnådd i Gløppen og Fjaler og tilbakemeldingene jeg har fått, sier noe annet. Som lege velger jeg likevel å holde meg til skolemedisinen. Denne debatten har vært en tung påkjønning å ta, sier Øren, som nå er kommunelege i Ulvik.

– Driver du fortsatt skjerming av hus?

– Ytterst sjelden. I så fall bruker jeg den gamle metoden med plassering av magnetisk armeringsjern. Platene ble avskiltet i testen, sier han.

Figur 6: Reportasje i Bergens Tidende 15. desember 2006 etter at resultatene fra studien om jordstråler var publisert. TX-plater, som skulle skjerme mot jordstrålene, ga ikke helsegevinster. Jan Øren, som var medforfatter på artikkelen, var likevel ikke overbevist, og argumenterer i intervjuet for mulige alternative forklaringer til resultatene. Kilde: Nasjonalbiblioteket.



### *Attraktivt forskningsmiljø*

Ettersom seksjonen mot slutten av nittennitti-tallet var blitt viden kjent både for å levere god forskning og undervisning, og dessuten å ha et godt fagmiljø, ble seksjonen et attraktivt sted å søke seg til. I løpet av kort tid ble fagmiljøet betydelig stryket ved at tre ferdigdisputerte kolleger ble tilsatt ved seksjonen. Dette var Edvin Schei, Ole Frithjof Norheim og Bjørn Bjorvatn. Schei kom fra Tromsø, der han hadde forsvart sin epidemiologiske studie blant forsvarsrekrutter. Ole Frithjof Norheim hadde kvalifisert seg innenfor medisinsk etikk, et område han senere ble framtreddende professor i etter noen år ved Seksjon for allmennmedisin. Bjørn Bjorvatn var søvnforsker med doktorgrad fra Fysiologisk institutt. Han hadde mange prosjekter, og dro veksel på et allerede etablert forskernettverk.

Alle disse tre kom raskt til å bli ledende krefter for forskningen ved seksjonen, Bjorvatn og Schei fortsatt som ansatte professorer.

Ved årtusenskiftet var det i realiteten bare ett slagkraftig allmennmedisinsk akademisk miljø i Norge, nemlig seksjonen i Bergen. En opptelling noen år senere (2006) viste at den akademiske bemanningen (stipendiater inkludert) i Bergen var omtrent dobbelt så stor som på de tre andre fakultetene til sammen!

Det allmennmedisinske universitetsmiljøet i Oslo hadde tidligere år vært «storebroren» innenfor det allmennmedisinske akademiet. Slik var det ikke lenger. Ved årtusenskiftet slet allmennmedisinseksjonen i Oslo med mange problemer og få ansatte. Da Jørund Straand takket ja til stilling som førsteamanuensis i allmennmedisin i Oslo fra høsten 2000, ble derfor hans motto for arbeidet øst på *Look to Bergen!*

Forskningsmessig var 1980-tallet var tiåret for å så, gjennom planer, strategier og ansettelse. 1990-tallet var tiåret for å høste, gjennom en ny generasjon forskere som først kvalifiserte seg selv, og deretter startet som seniorforskere med egne stipendiater og nye prosjekter. Fra årtusenskiftet slo dette ut i full blomst, med ytterligere vekst, viktige knoppkyttinger i miljøet og en sterkt økende forskningsproduksjon.

### **Litteratur**

- Bærheim A, Oren JN, Bjorvatn B, Hunskaar S. Tx-discs--no effect against subjective health complaints: a randomised controlled study. *Complement Ther Med* 2005; 13: 239-43.
- Bærheim A, Sandvik H. On the effect of ale, garlic and soured cream on the appetite of leeches. *BMJ* 1994; 309: 1689.
- Bærheim A, Hunskaar S, Bjorvatn B. Jordstråler--et begrep uten vitenskapelig grunnlag. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2006; 126: 3264-6.

- Bærheim A, Sandvik H. «Jordstråler»--et underjordisk fenomen? *Tidsskr Nor Lægeforen* 1997; 117: 2476-7.
- Eggen AL, Straand J (red.). Pharmacoepidemiology. *Nor J Epidemiol* 2001;11: Theme issue.
- Grandaunet BH, Bærheim A, Bondevik S. Barn utsatt for «jordstråler» er ikke hyppigere syke enn andre barn. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1999; 119: 3896-8.
- Hafting M. *Et eple om dagen ... Eldre småforbrukere av helsetjenesten*. Oslo: Tano, 1995.
- Hafting M. Seminarrekken «Kvalitative metoder i nordisk allmenmedisinsk forskning» 1991–1998 – presentasjon av et viktig initiativ. *Michael* 2010 suppl 9: 11-6.
- Lunde IM, Ramhøj P (red.). *Humanistisk forskning inden for sundhedsvidenskab: kvalitative metoder*. København: Akademisk Forlag, 1995.
- Mahamud I, Mainwaring A. 50 years in urinary incontinence: a bibliometric analysis of the top 100 cited articles of the last 50 years. *Int Urogynecol J* 2022 Jan 3. doi: 10.1007/s00192-021-05039-8.
- Malterud K. *Allmennpraktikerens møte med kvinnelige pasienter*. Oslo: Tano, 1990.
- Malterud K. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. Oslo: Tano Aschehoug, 1996.
- Malterud K. Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *Lancet* 2001; 358: 483-8.
- Malterud K. The art and science of clinical knowledge: evidence beyond measures and numbers. *Lancet* 2001; 358: 397-400.
- Straand J. Allmenmedisinsk forskning 1988–2013: Ut av skyggen og fram i lyset. I: *Festskrift for Allmenlegeföreningens 75-års jubileum. 1938–2013*. Oslo: Allmenlegeföreningen – Den norske legeförening, 2013: 110-7.
- Straand J. Allmenmedisinsk forskning: Ørkenvandring til vårløsning. *Utposten* 2006; 35(3): 15-8.

## 4.4 Klinisk kommunikasjon – forskning og undervisning hånd i hånd

*Michael 2022; 19: Supplement 29, 154–60.*

*En viktig drivkraft i Per Fugellis faglige virke var å utfordre den naturvitenskapelige slagsiden i medisinen. Han mente biomedisinen førte til forsømmelser av de menneskelige og samfunnsmessige sidene ved sykdomsbegrepet, noe som kunne motvirkes ved å løfte frem humanistiske perspektiver i allmennmedisinen. På 1980-tallet våknet interessen for klinisk kommunikasjon, både nasjonalt og internasjonalt, særlig innen allmennmedisinske fagmiljøer. Ved instituttet i Bergen ble dette tidlig et sentralt satsningsområde for undervisning og forskning.*

Den britiske psykologen David Pendleton og den kanadiske professoren i allmennmedisin Ian R. McWhinney (figur 1) var sentrale forbilder for de akademiske miljøene i Norge gjennom bøker, kurs og gjesteforelesninger om den medisinske samtalen. Deres strategier var praksisnære, og ble oppfattet som relevante, med et humanistisk verdigrunnlag som samsvarte godt med allmennmedisinske idealer om lege-pasientforholdet. I denne faglige tidsånden var Fugellis ambisjon å inspirere sine medarbeidere i Bergen til å rette søkelyset mot hva som foregår i konsultasjonen og hvordan lege-pasientforholdet utgjør et sentralt element for faget allmennmedisin.

### **Rekruttering og kompetanseutvikling**

På midten av 1980-tallet knyttet Fugelli til seg flere erfarne allmennleger som hjelpelærere ved instituttet. Med erfaringer fra psykiatri og familierapi hadde John Nessa i Hjelmeland og Per Stensland i Sogndal interesse og kompetanse for klinisk kommunikasjon, dessuten hadde de begge kunnskap om språkvitenskap og samhandling, med pragmatisk lingvistikk som en teoretisk fellesnevner. Nessa holdt innføringsforelesninger om kommunikasjon, og Stensland gjennomførte et prøveprosjekt med frivillig konsultasjonstrening i grupper for studentene.



*Figur 1. Professorer på tur i Hardanger i 1988.*

*Fra venstre: Ian R. McWhinney og Per Fugelli. Foto: Kirsti Malterud.*

Instituttet hadde fått tildelt en amanuensisstilling som i utgangspunktet skulle dekke flere deler av medisinske atferdsfag. Det var på denne tiden mye strid og diskusjon om innholdet i dette faget, og Fugelli uttrykte med styrke at den tildelte stillingen bare skulle ta seg av det allmennmedisinske faginnholdet, og at alle ressurser måtte benyttes til å bygge opp et svakt allmennmedisinfag med store ambisjoner.

Til gjengjeld for denne rene allmennmedisinske innretningen bidro instituttet i et kurs i klinisk kommunikasjon i samarbeid mellom allmennmedisin og psykiatri. Kirsti Malterud var i gang med sin doktorgrad om den medisinske samtalen, og ble ansatt i kombistilling ved instituttet i 1987 (se kapitlet om legepraksiser). Hun fikk oppgaven med å utvikle dette fagområdet og hadde de første årene studentforelesninger om den medisinske samtalen samt et kort konsultasjonskurs illustrert med videoopptak fra egne konsultasjoner.

### **Kurs i klinisk kommunikasjon for legestudentene**

Fra 1990 ble kommunikasjonskurset tildelt fire dager i Grunnkurs klinikk i tredje studieår (1990-revisjonen). Malterud fikk ansvar for planlegging og gjennomføring av dette kurset i samarbeid med Jon Geir Høyersten, som var overlege i psykiatri. Nessa og Stensland var andre sentrale ressursperso-

ner. Kurset skulle ha få, men sentrale forelesninger, konsultasjonstrening i smågrupper og plenumsdiskusjoner. Dette grunnriset har vært basis for kommunikasjonskurset frem til i dag.

Undervisningen omfattet åtte bolker med plenumsforelesning om kommunikasjon i teori og praksis, gruppearbeid med rollespill og tilbakemeldinger, samt samling og refleksjon i plenum. Halvparten av gruppene ble ledet av allmennleger, halvparten av psykiatere. Nessa og Stensland hadde sentrale roller i motivering, rekruttering og faglig oppdatering for de mange allmenntmedisinske gruppeveilederne. En gruppe av praksislærere fra Ryfylke var gruppeveiledere fra 1990 (figur 2). De første årene underviste de halve kullet to ganger årlig. Fra 1995 deltok også en gruppe fra Sogn og Fjordane i en undervisningsuke årlig, og senere ble disse lærerne hentet inn blant praksislærerne i Bergen. Gruppelederne hadde ingen opplæring på forhånd, men ble oppfordret til å bidra med sine kliniske erfaringer og assosiasjoner i gruppene.

En gruppe studenter og en gruppeleder fulgte hverandre hele uken. Rollespillene var basert på korte kasuistikker, med vekt på problemstillinger som var håndterbare for studenter uten særlig klinisk erfaring. Én student var pasient, en annen lege, der rollene gikk på omgang. De andre studentene var observatører som sammen med gruppeleder ga tilbakemelding med støtte i Pendletons metode for konsultasjonsanalyse. Den pasientsentrerte kliniske metoden, utviklet av McWhinney og medarbeidere ved University of Western Ontario, var kursets teorigrunnlag og normsett.

Evalueringsene viste stor entusiasme blant studentene. De likte nærheten til kliniske problemer, og de søkte etter holdninger, engasjement, og en synlig legerolle. Spesielt satte de pris på det praksisnære formatet, der gruppelederne supplerte det kommunikasjonsspesifikke stoffet med egne praksiserfaringer og personlige opplevelser av mange slag. Gruppeveilederne opplevde at undervisningen ga dem inspirasjon og kunnskap. De var alle erfarne og travle allmennleger, men valgte likevel å bruke tid på å delta i denne nye undervisningen. Et par sitater viser at de ser tilbake på oppdraget med entusiasme:

- Jeg husker at jeg opplevde det som enormt stimulerende, i slik grad at jeg gledet meg til å komme tilbake til kontoret og analysere mine egne konsultasjoner!
- Vi hadde ansvar for paneldebattene, med titler som Legens forhold til tid, Lege for egen familie osv. Det var supergod stemning på de paneldebattene.

Innføringskurset i klinisk kommunikasjon ble gjennomført i en årrekke. I senere roller som fylkeskoordinatorer videreførte Nessa og Stensland opplegget, med jevnlig justeringer. Kurset finnes fortsatt på studieplanen i noe



*Figur 2: Ryfylke-lærere på kommunikasjonskurs i Bergen i 1995. Fra venstre: Ole Jøssang (Rennesøy), Kirsti Malterud, Aslak Bråtveit (Finnøy) og Alf Midtskog (Forsand). Foto: Janecke Thesen.*

endret format, etter hvert med gruppeledere fra flere kliniske fag enn psykiatri. På 2000-tallet ble kurset i klinisk kommunikasjon supplert med et nytt konsultasjonskurs med videoopptak fra konsultasjoner som studentene hadde gjennomført under utplasseringsperioden i allmennpraksis. Dette er omtalt annet sted i boka.

Andre undervisningselementer med støtte i kommunikasjon og pasient-sentrert metode ble også utviklet i denne perioden. I *Sporløpet*, utviklet av Malterud og Steinar Hunskaar, gjennomførte studentene gruppevis en runde mellom ulike stasjoner der de ble stilt overfor utfordringer i rollen som pasienter med nedsatt funksjonsevne, for eksempel trappegang med krykker eller orientering utendørs med bind for øynene (figur 3). Studentene fikk prøve seg blant annet i gynekologisk leie (riktignok fullt påkledd), og de skulle åpne en gjenlimt medisinboks og tolke bruksområde og dosering ut fra en uleselig resept.

# I PASIENTENS STED

— Slapp av, tenk på noe annet, sier Inger Marie Waage. Bjørn Bjorvatn i gynekolog-stolen. Dette er en av postene i sporløpet som er lagt opp for medisinerstudentene i Bergen.



Unge mennesker som ikke kan se, forsøker å ta seg frem på Haukeland sykehus i Bergen. Med krykker forsøker en ung student å komme ned en trapp uten rekkverk. På et kontor sitter en liten gruppe overfor medisinerne de ikke kjenner virkningen av. På denne vanlige måten forsøker medisiner-studentene å sette seg inn i de vanskeligheter pasienter kan møte i sin hverdag.

AV OLGA STOKKE  
ROAR CHRISTIANSEN  
(foto)

I EGGE og forstemanuelt ved Medisins fakultet i Bergen, Kirsti Malterud, har lagt inn et uvanlig innslag i undervisningen for sine studenter. For at de bedre skal kunne sette seg inn i pasientens situasjon, har hun for tredje år på rad lagt opp et sporløp i femte studieår. De har da ett år igjen av studiet før de går ut i turnustjeneste. I sporløpet er det innlagt poster som illustrerer enkelte av de vanskelige situasjoner pasienter befinner seg i. Sporløpet kommer som en overraskelse. På forhånd vet ikke studentene hvilke problemer

STUDENTENE blir inndelt i små grupper, og alle unntatt én i hver gruppe får utlevert et blind som skal kjennes for øynene. Første etappe går ut på å få innsyn i en ikke-seende pasients hverdag. På begrenset tid (pasienten må rekke time hos legen), skal den «blinde» forflytte seg fra røntgenavdelingen i første etasje på Haukeland sykehus til Institutt for allmennmedisin, som også ligger utenfor det store sykehusområdet. Kumaresh Waran, opprinnelig fra Sri Lanka, får blind for øynene, og Bjørn Bjorvatn er hans guide. Han må orientere seg etter Bjørns stemme, som hele tiden forteller når han skal svinge til høyre og venstre — en fortauskant her, styre unna et tre der, eller vent på grant

syne seg av. Stikkpiller, tran, flakemellibletter — og Truxal, som er et beroligende middel. Bjørn våger seg på flakemel og Inger Marie tar tran. Ingen rører Truxal-boksen selv om tabletten er av minste styrke. De er redder for virkningen og bivirkningene som bl.a. munntørrehet. Kirsti Malterud sukker hodet inn av døren, og spør om det ikke var nettopp det de skulle finne ut, sette seg inn i pasientens rolle, ta tabletter som man ikke kjenner virkningen av? Men hun tvinger dem ikke, det er fritt valg. En av tabliboksen er limt igjen, studentene får erfare hvor vanskelig det kan være å åpne slike bokser for eldre som er svake i kroppen. Så tar de krykkene i egne hender. Inger Marie får det ene beinet bundet opp, og må



Figur 3: Oppslag i Aftenposten 9. desember 1989 om Sporløpet i Grunnkurs klinikk. Studentene Bjørn Bjorvatn og Inger Marie Waage deltar med stor innlevelse! Faksimile: Nasjonalbiblioteket.

## Internasjonale inspirasjoner og samarbeid

Fugelli understreket betydningen av klinisk kommunikasjon på den allmennmedisinske akademiske dagsorden. Teoretiske perspektiver ble introdusert og gjennomført i undervisning og forskning, blant annet med praksislærerkurs til sentrale fagmiljøer i Oxford (UK), London Ontario (Canada) og Rochester (USA). Dette bidro også til å sette miljøet i Bergen på kartet og styrke faglig samarbeid. Ansatte ved instituttet ble invitert til studieopp- hold og gjesteforelesninger om klinisk kommunikasjon i utlandet.

Den faglige anerkjennelsen ledet blant annet til at Moira Stewart, en av McWhinneys nærmeste samarbeidspartnere, ba Kirsti Malterud og Steinar Hunskaar om å være redaktører for en bok om kroniske muskelsmerter og medisinsk uforklarte symptomer. Boken var del av en serie om klinisk bruk av pasientsentrert metode. Det ble også etablert et samarbeid med John Launer ved Tavistock-klinikken i London om narrativ medisin.

## Nyskapende forskning om samtaler og samhandling

I løpet av få år ble det bygget opp et sterkt akademisk miljø innen klinisk kommunikasjon, med doktoravhandlinger fra Malterud (1990), Nessa (1999) og Stensland (2003). Kvalitative forskningsmetoder ble brukt til studier av ulike aspekter av samhandling i konsultasjonen mellom allmennleger og pasienter, med empiriske observasjonsdata fra lyd- og videoopptak og analytiske perspektiver fra forskjellige språkteorier. Slik kompetanse sikret forskningsbasert undervisning og ga god knoppskyting i forskning gjennom rekruttering og veiledning av studenter og doktorgradskandidater.

Et originalt fagutviklingsprosjekt ble initiert av allmennlegen Torgeir Gilje Lid i Stavanger i samarbeid med fotografen Rune Eraker, med Malterud som veileder. Fire norske allmennleger ble fulgt med fotodokumentasjon på ulike praksisarenaer som legekantoret, sykebesøk, helsestasjon og sykehjem. Fotografens oppdrag var å ta bilder som kunne fortelle noe om legepasientforholdet. En samling på 12 bilder ble brukt i en utdanningspakke beregnet på veiledningsgrupper i allmennmedisin, ut fra tanken om at det å se kolleger i virksomhet kunne åpne for assosiasjoner og refleksjon om egne erfaringer. Pakken ble distribuert av Legeforeningen. En artikkel om prosjektet ble senere publisert i BMJ.

## Fra praksis til teori og forskning – og tilbake til praksis igjen

En viktig basis for arbeid med klinisk kommunikasjon ved instituttet i Bergen, var kombinasjonen av teori og praksis. Alle nøkkelpersoner var i klinisk praksis parallelt med forskning og undervisning. Dette bidro til å styrke relevans og troverdighet, og forskningsresultater og undervisning ble etterspurt vare, både i studentundervisningen og i legers videre- og etterutdanning. Dette kan også ha hatt positiv betydning for instituttets omdømme blant allmennleger i denne perioden. Forskningsbaserte innslag om klinisk kommunikasjon fikk en naturlig plass i grunnkurs i spesialistutdanningen i allmennmedisin, og ofte kom bidragsyterne fra instituttmiljøet i Bergen.

Sammen med Janecke Thesen skrev Malterud, Nessa og Stensland boken «*Legekunst i praksis – kommunikasjon lege – pasient*». Dette er en praktisk og kunnskapsbasert fagbok beregnet på studenter og leger i allmennpraksis, med refleksjon og ettertanker som sentrale forutsetninger for den gode samtalen. Forfatterne ble tildelt Norsk forening for allmennmedisins skribentpris for boken. Prispengene ble brukt til studietur til fagmiljøer i London og omegn (figur 4). Boken finnes i fulltekst på Legeforeningens nettsider, og flere av kapitlene brukes fortsatt i veiledningsgrupper for spesialistkandidater i allmennmedisin.





Figur 4: Studietur til Royal College of General Practitioners, London (2006). Fra venstre: Per Stensland, Aud Marie Øien, Kirsti Malterud, Janecke Thesen, John Nessa og Kirsti Nessa. Foto: Privat.

## Litteratur

- Lid TG, Malterud K. «I recognize myself in that situation...» Using photographs to encourage reflection in general practitioners. *BMJ* 2004; 329: 1488-90.
- Malterud K, Hunnskaar S (ed.). *Patient-centred approaches to chronic myofascial pain in primary care*. Oxon: Radcliffe Medical Press, 2002.
- Malterud K, Nessa J, Stensland P, Thesen J. *Legekunst i praksis – kommunikasjon lege-pasient*. Oslo: Universitetsforlaget, 2006.
- Malterud K. *Allmennpraktikerens møte med kvinnelige pasienter*. Doktoravhandling. Bergen: Universitetet i Bergen 1990. Oslo: TANO, 1990.
- Nessa J. *Talk as medical work – Discourse analysis of patient-doctor communication in general practice*. Doktoravhandling. Bergen: Universitetet i Bergen, 1999.
- Stensland P. *Approaching the locked dialogues of the body – Communicating symptoms through illness diaries*. Doktoravhandling. Bergen: Universitetet i Bergen, 2003.

## 4.5 Praksis i primærhelse-tjenesten – allmennmedisin og samfunnsmedisin 1972–2022

*Michael 2022; 19: Supplement 29, 161–73.*

*Helt fram til 1980-tallet var allmennmedisin et teoretisk fag nærmest uten praktisk undervisning ved de fleste læresteder i Norge. Unntaket var Universitetet i Tromsø, som gjennom studieplanen fra 1971 slo fast at studentene skulle ha åtte ukers praksis i allmennmedisin og 16 uker på lokalsykehus. Dette skulle det bli en endring på også i Bergen.*

Professor Sigurd Humerfelt begynte etter oppstarten i 1972 umiddelbart å planlegge et undervisningsopplegg i allmennmedisin som også innbefattet klinisk praksis. Det var imidlertid ingen plass på timeplanen. All undervisning måtte være frivillig og legges til tider der det ikke var annen undervisning, og det var ingen ressurser til utplassering.

Fra 1975 kom et tilbud om frivillig praksis i allmennmedisin i inntil tre dager i løpet av tredje studieår hos legene ved instituttets legesenter eller hos praktiserende leger i Bergen og omegn. Dessuten var det et tilbud om å følge vakthavende lege i Sykebesøksformidlingen. Tilbudene ble fra starten benyttet av de fleste studentene. Fra 1984 var det tilbud om fire dagers utplassering hos allmennleger i Hordaland.

I november 1983 leverte professor Humerfelt «*Forslag til eksamensberettiget obligatorisk undervisning i almenmedisin*» til Det medisinske fakultet. Her blir det foreslått to ukers utplassering hos distriktsleger, allmennleger og legene ved instituttets allmennpraksis. Planen var til behandling i fakultetet da Per Fugelli overtok som professor ved Institutt for allmennmedisin i 1984.

**«Kom, kom, hjelp oss å lage gode leger!»**

Per Fugelli hadde arbeidet i Lakselv og hadde der selv undervist studentene fra Universitetet i Tromsø i åtte ukers obligatorisk praksis. Han var en

# Vordende leger ut i felten

KJELL PEDERSEN

Institutt for Allmenntidning i Bergen har tatt initiativ til å få medisinestudentene ut i førstelinjetjenesten. Det har utarbeidet en studieplan for allmenntidning og det viktigste element i studieplanen er forslaget om en måneds praksisundervisning. Meningen er at studentene skal ut i kommunehelsetjenesten og arbeide sammen med en allmenntidning.

— Formålet med denne praksisundervisningen er freidelt, sier styret ved Institutt for Allmenntidning, professor Per Fugelli til Bergens Tidende. Hovedsaken er å lære studentene å håndtere de vanlige sykdommer i førstelinjetjenesten. Både helsetjenestene og arbeidsmåtene i allmenntidning

skiller seg fra det studentene ellers lærer på universitetsskoleklinikene.

Det annet mål er å gi studentene innakt i praktiske driftsformer på legekontoret, mer enn halvparten av de ferdige leger skal senere finne sitt arbeid i primærhelsetjenesten. Et tredje mål er at studentene skal få oppleve arbeid med det øvrige helse- og sosialstellet, og få innakt i allmenntidningens koordinatfunksjon. Studentene skal trenes i kyndig samvirke med sykehus og spesialister. Det er viktig å la studentene få oppleve hverdagen slik hjemmesykepleieren, helsesøster og andre opplever den. Endelig håper vi å vise studentene gjennom allmenntidning hvordan levevilkår — både fysisk og sosialt — er med på å forme folks helse, og hva primærlegen kan gjøre med det.

— Hva menes med at både helsetjenestene og arbeidsmåtene i allmenntidning skiller seg fra det studentene ellers lærer på universitetsskoleklinikene?

— På en universitetsskoleklinikk er det gjerne de sjeldne og de kompliserte tilfellene man får inn. De enkle og mer vanlige sykehistoriene blir stoppet underveis, de ordner primærhelsetjenesten opp i, som nevnt.

Det er første gang man forsøker denne ordningen for medisinestudentene, sier professor Fugelli. Tromsø startet med denne formen i 1978 og resultatet var så vellykket at man kom fram til at dette var en usædvanlig vellykket form for undervisning. Oslo og andre har fulgt opp, og nå kommer Bergen etter.

— Hvor mange studenter gjelder det i Bergen?

— Vi har to kull med 40 studenter som skal ut i praksis en ukes tid. Meningen er å bygge ordningen ut gradvis slik at vi i 1987 får en måneds tjenestetid.

Instituttet er nå begynt arbeidet med å bygge opp en stamme på 100 praksislærere i Rogaland, Hordaland, Sogn og Fjordane. Det første kurs blir holdt fredag og lørdag. Dekanus ved det medisinske fakultet, professor Johan A. Aarh vil åpne kurset for å markere at Bergensfakultetet nå tar allmenntidningundervisningen på alvor. Som lærere møter tre britiske kapasiteter i faget, David Pendleton, Peter Havelock og Theo Schofield. De har i regi av Royal College of General Practitioners analysert og forbedret arbeidsteknikk og prosedyrer knyttet til konsultasjon.

Figur 1: Oppslag i Bergens Tidende 10. oktober 1985 i forbindelse med praksislærerkurs med internasjonale kapasiteter. Faksimile: Nasjonalbiblioteket.

entusiast, og ønsket å lære studentene å «fiske etter gull i det allmenntidningsske hav»! Kort etter at han var ansatt, arrangerte han et møte for allmenntidningpraktikere i byen og omegn der han ba legene om hjelp til undervisning og praksisutplassering. Fra instituttet gikk det samtidig ut brev til allmenntidningleger på hele Vestlandet med samme bønnerop.

Fugelli fikk positivt svar fra noen, først nølende, men etter hvert fra hele regionen — fra Kristiansand til Molde. Ambisjonen var å etablere en fire ukers allmenntidningsskolepraksisperiode for studentene. Dette ble presentert i en ny studieplan, *Å lage gode leger*, fra 1986.

Dette var en spesiell og positiv veksttid for allmenntidning i Norge. Det var forventning i luften. Loven om kommunehelsetjeneste kom i 1984, spesialiteten allmenntidning ble opprettet i 1985, og med spesialiteten skulle det opprettes desentraliserte utdanningsgrupper for spesialistkandidater i hele landet. Planene om desentraliserte praksisplasser for studenter passet godt inn i dette (figur 1 og figur 2).

Internasjonalt var det en fornyet interesse for selve pasientsamtalen i konsultasjonen. Kommunikasjon ble fag. I 1984 hadde en forfattergruppe rundt psykologen David Pendleton i Oxford gitt ut boka *The Consultation, an approach to learning and teaching*, som ga teoretisk næring til praksis (Pendleton 1984). Alt i 1986 arrangerte instituttet praksisveilederkurs i dette miljøet i Oxford.

Årlige praksisveiledersamlinger bidro som rekrutteringsbase for veiledere. Tema for disse samlingene understreket instituttets egen forskningsinteresse

# Merkedag for Medisinsk Fakultet i Bergen

**KJELL PEDERSEN**

For det medisinske fakultet ved Universitetet i Bergen var det litt av en merkedag i går. Man har fått gjennomslag for tanken om at de medisinske studenter skal sendes ut i primærhelsetjenesten for å føle hverdagens problemer på kroppen. Det første kurs for dem som skal tjene som lærere for studentene i allmenntidende ble åpnet i går på Diakonisehjemmets Sykehus på Haraldsplass. Et førtitalls deltakere var samlet da lederen for Institutt for Almenntidende, professor dr. med. Per Fugelli kunne ønske velkommen. Prodekanus ved det medisinske fakultet, professor dr. med. Dagfinn Aarskog, holdt en kort hilsen til deltakerne.

— Vi er stolt og glad over å være kommet så langt som å kunne holde det første kurs for kommende lærere i allmenntidende, sier professor Fugelli til Bergens Tidende. Det er klart det har vært et betydelig savn i medisineropplæringen at man ikke har holdt følge med helsetjenesten i og med at man har konsentrert seg om det



Professor Per Fugelli, Institutt for Almenntidende, sammen med prodekanus, professor Dagfinn Aarskog.

høyspesialiserte. En god hjemmetjeneste kommer i tillegg. Vi har fått allmenntidende fra Rogaland, Hordaland og Sogn og Fjordane til dette første kurset. I 1987 er det forutsetningen at Universitetet i Bergen er kommet så langt at medisinerstudentene får fire ukers opplæring i primærhelsetjenesten etter et ordnet opp-

legg. Det er i Tromsø man startet med dette og medisinerne der ga uttrykk for at det var den beste måten de kunne få, nettopp det å være i nærheten av hverdagsmiljøet. 50-70 prosent av de som går ut som vordende leger kommer til å tjenestegjøre i allmenntidende. Da må de og få en brukbar skoleing for det.

*Figur 2: Gjennomslag for utplassering. Det andre opplaget i Bergens Tidende på to dager om praksislærerkurset 1985. Bergens Tidende 12. oktober 1985. Her med bilde av Per Fugelli og prodekanus Dagfinn Aarskog. Faksimile: Nasjonalbiblioteket.*

for kommunikasjon og presenterte norske allmennpraktikere for internasjonale strømninger. Ledende engelske og amerikanske allmennpraktikere, som Marshall Marinker og Tom Campbell, deltok som undervisere på praksisveilederkurs i Bergen, og instituttet arrangerte praksisveilederkurs i Canada/USA (1989) og Nederland/Belgia (1996). Sentrale personer i dette pedagogiske grunnlagsarbeidet de første årene var Per Fugelli, Kirsti Malterud, Steinar Hunskaar, Eivind Meland og Anders Bærheim. På 1990-tallet ble det etablert grupper av hjelpelærere både i Rogaland og Sogn og Fjordane. De skulle delta i gruppeundervisning av legestudentene i kommunikasjonskurset på tredjeåret.



*Figur 3: Skilt til praksisveilederkontor for å forberede pasienten må tilstedeværelsen av student, men også for å markere praksisens undervisnings- og «universitetsfunksjon». Foto: Institutt for global helse og samfunnsmedisin, UiB.*

Studieplanen fra 1986 løftet fram klinisk allmennmedisin, *hverdagsmedisinen*, som en hovedoppgave for undervisning og forskning. Akademisk allmennmedisin i Bergen hadde med Per Fugelli på kort tid etablert seg sentralt i det allmennmedisinske miljøet i Norge. Dette var ingen ulempe for rekrutteringen av praksisveiledere. Men oppgaven med å rekruttere allmennpraktikere har i de fleste år vært en utfordring som har trengt mye omtanke og ressurser (figur 3).

### **Praksisperioden – innhold og pedagogikk**

Praksisperioden utgjør i dag et hovedelement i undervisningen i allmennmedisin og samfunnsmedisin ved UiB. Studentene er i begynnelsen av sitt sjettede studieår og trenger veiledning basert på klinisk praksis. Under praksisperioden legges hovedvekten på å gjøre studentene fortrolige med mangfoldet i allmennpraksis og samfunnsmedisin. For å få innsikt i primærhelsetjenestens andre oppgaver, og bli kjent med allmennpraktikerens viktigste samarbeidspartnere, foregår en del av praksisen også utenfor fastlegekontoret – på praksisarenaer som legevakt, helsestasjon, skolehelsetjeneste og sykehjem.

Praksisperioden i primærhelsetjenesten er en unik mulighet for studentene til å få konkrete tilbakemeldinger fra veileder på klinisk praksis og ferdigheter. Hva gjorde studenten bra? Hva kunne vært gjort annerledes? I løpet av praksisperioden vil studentene få en innføring i allmennmedisinsk kunnskap, ferdigheter og profesjonalitet. De fleste vil ha lite erfaring med vanlige allmennmedisinske prosedyrer og problemstillinger. Studentene ønsker å lære hvordan de kan håndtere spesielle pasientkategorier på en best



*Figur 4: Student, veileder, pasient og pappa. Sogndal legesenter, 2006.  
Foto: Sogndal helsesenter.*

mulig måte. Før praksisperioden skal studentene konkretisere sine læringsmål, og drøfte de med praksisveileder.

Det er viktig at studentene kommer tidlig i gang med selvstendige konsultasjoner med tett oppfølging av praksisveilederen (figur 4). De trenger å øve seg på å gjennomføre konsultasjonen, med vekt på de ulike delene: Åpning, sykehistorie, klinisk undersøkelse, tiltak og avslutning. Studentene har også stort utbytte av å observere veilederens konsultasjoner.

I denne praksisperioden vektlegges i størst mulig grad erfaringer som er særegne for primærhelsetjenesten. Vi har derfor nedtonet praksiserfaringer som i og for seg kan være viktige – men som blir tilstrekkelig undervist på sykehus, f.eks. en del akuttmedisinske problemstillinger. I stedet har vi trukket fram spesifikke allmennt medisinske ferdigheter – for å sikre at studentene faktisk får erfaring med disse i løpet av medisinstudiet. Noen slike ferdigheter blir undervist på sykehusene, men studentene har ofte hatt lite praktisk trening før praksisperioden i primærhelsetjenesten. Dette gjelder for eksempel gynekologiske undersøkelser og småkirurgi.

Studentene er i startfasen av å få faglig livserfaring og danne sin personlige profesjonalitet. Faglig livserfaring omfatter holdninger og innsikter som det tar tid å tilegne seg, men samtale omkring dette kan gi studentene

innblikk i yrkeslivet som nærmer seg. Vi oppfordrer derfor studenter og praksisveiledere til å diskutere tema som selvinnsikt, oppmerksomhet om egen rolle i samhandling, hvordan leve med tillit, usikkerhet og ansvar – samt om hvordan bevare arbeidsglede.

Praksisperiodens lengde har økt gradvis. Det startet med 2–3 dager i 1975, 4–5 dager fra 1984, tre uker fra 1986 og fire uker fra 1991 og videre i en svært lang periode. Først fra 2018 har det vært seks ukers praksis i primærhelsetjenesten ved medisinstudiet ved UiB.

### **Fylkeskoordinatorerne kom med 150-planen**

Antallet studenter økte fra opptaket i år 1996 til 150. Et hovedgrep var at studentene skulle ha utplassering hos «samarbeidende sykehus i Stavanger, Haugesund og Førde. Seksjonsleder Steinar Hunskaar gjorde i forbindelse med dette et strategisk grep som fikk gjennomslag i fakultetet. Koordineringen av praksisperiodene skulle i tillegg til den administrative praksiskoordinatoren ledes av en trio av fagpersoner, med basis i hvert sitt vestlandsfylke, Sogn og Fjordane, Hordaland og Rogaland. Stillingene skulle være vitenskapelige, med krav om forskerkompetanse og med tittel fylkeskoordinator/førstemanuensis, slik det var for koordinatorerne ved sykehusene. Det var et poeng at fylkeskoordinatorerne skulle ha minst halv stilling i klinisk allmennmedisin i sin lokalkommune.

I 1999 ble John Nessa (Rogaland), Per Stensland (Sogn og Fjordane) og Edvin Schei (Hordaland) tilsatt som fylkeskoordinatorer. Janecke Thesen vikarierte i Hordaland fra 2001 til 2003, da Gunnar Tschudi Bondevik ble tilsatt. Nessa og Stensland hadde stillingene fram til de gikk av for aldersgrense i 2019, de ble etterfulgt av henholdsvis Ingvild Vatten Alsnes (Stavanger) og Sharline Riiser (Sogndal). Siden 2020 har Inga-Cecilie Sørheim (Saude) vært fylkeskoordinator i Rogaland.

Arbeidsoppgavene for disse stillingene er å ha faglig ansvar for praksisperiodene, lage årlige praksisveilederkurs og ha ansvar for gjennomføringen av kommunikasjonskurset for tredje års legestudenter ved UiB. I tillegg deltar fylkeskoordinatorerne i fagområdets øvrige undervisning og i ulike forskningsprosjekter. Tilbakemeldingene fra studentene etter praksisperioden ga et mål på læringsutbyttet. Om utbyttet ikke var tilfredsstillende, kunne fylkeskoordinatorerne diskutere mulige forbedringer med praksisveilederen.

I dette arbeidet har også administrativt ansatte vært sentrale. Den praktiske kontakten mellom student, praksisveileder og universitet ble i stor grad ivaretatt av praksiskoordinatorerne, der Signe M. Zachariassen, Kirsti Nordstrand (fra 2008), Elin Christine Gundersen (fra 2015) og Iselin Henriksen Kvamme (fra 2019) har hatt et hovedansvar.

## Praksisveilederkursene

Målet var at fylkeskoordinatorene skulle arrangere kurs hvert år, med et program som var relevant for klinisk allmennmedisin og for medisinsk læring (tabell 1). Samtidig skulle kursene sikre god kommunikasjon mellom instituttet og veilederne.

Vi ønsket å legge kursene til regionen, skiftevis mellom fylkene, både på mindre og større steder. Hvert andre til tredje kurs skulle arrangeres i utlandet i et spesielt utvalgt og aktuelt fagmiljø og skulle også inneholde praksisbesøk på lokale legekontor i smågrupper. Med dette fikk deltakerne et perspektiv på sin praktiske arbeidshverdag hjemme.

Ambisjonen om regelmessige utenlandskurs ble i store trekk gjennomført fram til 2015. De representerte et løft, og gav oss verdifull læring: Vi har hatt to kurs i Royal College of General Practitioners i London, der deltakerne ble kjent med idealer i engelsk allmennmedisin, EBM, narrativ medisin og Balint-bevegelsen (med Iona Heath, Trish Greenalgh, Brian Hurwitz, John Launer og John Salinsky som bidragsytere). I Canada og USA ble vi tilsvarende kjent med allmennmedisinske forskningsnettverk, familieorientert medisin og medisinsk antropologi (Kurt Stange, Kathy Cole-Kelly, Tom Campbell, Susan McDaniel og Paul Farmer). Harald Kamps, som er like mye norsk som tysk allmennpraktiker, presenterte oss for tysk medisin i Berlin. Vi dro til Kenya for å lære om internasjonal helse av lokale leger og om kognitiv terapi av Ingvard Wilhelmsen. Det foreløpig siste utenlandskurset i 2015 i Skottland ga innføring i lokalt arbeid med allmennmedisinske utfordringer (med bl.a. Phil Wilson og Miles Mack).

Behovet for praksisplasser og veiledere økte. Utover 2000-tallet var det ikke like lett å samle veilederne, verken til kurs eller møter. Fastlegene var i årene etter 2010 under økende press. Selv om kursene ble verdsatt, var deltakertallet vanligvis ikke tilstrekkelig til å sikre effektiv kontakt mellom instituttet og bredden av praksisveiledere. Fra 2018 gjorde vi tre grep: Kurset ble flyttet sentralt (Flesland, Bergen), til et tidspunkt da det er få andre kurs (januar), og programmet for hvert kurs skulle ha stor klinisk bredde. Dette har økt deltakertallet på hvert kurs fra 30–40 til 80–90 (figur 5).

## Praksisveilederprisen

Siktemålet med kursene våre er å dyktiggjøre praksisveilederne til å øke egen undervisningskompetanse. Vi etablerte i 2001 praksisveilederprisen, der studentene i allmennpraksis ble invitert til å nominere sin egen lærer til prisen dersom de syntes han/hun fortjente det, ved å skrive en kortfattet begrunnelse. Kriteriene for å gjøre seg fortjent til prisen var at legen i kontakten med studentene hadde vist stor evne til å formidle faglig entusiasme



År	Tittel/tema	Sted
1985	The consultation	Bergen, med David Pendleton
1986	The consultation, an approach to learning and teaching	Oxford
1987	Læring i klinisk praksis	Bergen
1988	Teaching general practice	Bergen, med Marshall Marinker
1990	Family medicine	London Ontario, Canada og Rochester, USA.
1992	Familien som enhet i allmennmedisin	Bergen
1996	Ferdighetstrening. Konsultasjonsanalyse	Maastricht, Leuven, Nederland, Belgia
2000	Hva vil det si å være lærer – hva vil det si å være lege?	Hjelmeland
2000	Hva kan vi lære av å ha studenter?	Solvorn
2001	Lærestykker fra praksis	Bergen
2002	Clinical competence and reflective practice	London
2003	Don't tell us – show us	Bergen
2004	Talk as medical work – Teaching clinical competence and reflective practice	Cleveland-Rochester-Boston, USA
2005	Allmennlegen som terapeut	Hjelmeland
2006	How to teach medical students general practice?	Berlin
2007	Se og hør! Se stedets særpreg og hør pasientens historie	Florø
2008	Legen som person – mellom profesjonalitet og sårbarhet	London
2009	En vegg i ryggen	Rosendal
2010	Å lære allmennmedisin – Jubileumskurs for praksislærere	Solstrand
2011	Liv, død, eksistens	Hjelmeland
2012	Det er ikke mer synd på deg enn andre	Kenya
2013	Allmennmedisin, et usikkert prosjekt! Fastlegen mellom klinisk skjønn og juridiske regler	Florø
2014	Klinisk kommunikasjon i praksis	Voss
2015	Kompleksiteten i allmennmedisin: klinikk og forskning	Inverness, Skottland
2018	En dugende allmennlege: praktiske ferdigheter i allmennpraksis	Bergen
2019	Ønsket og uønsket variasjon i allmennpraksis	Bergen
2020	Kriser i allmennpraksis	Bergen
2022	Sjukt stressa – stress i et pasient-, lege- og samfunnsperspektiv	Bergen

Tabell 1: Tema og sted for praksisveilederkursene 1984–2022.



*Figur 5: Praksisveilederkurset «Kriser i allmennpraksis», Bergen 2020.  
Foto: Gunnar Tschudi Bondevik.*

og klinisk kompetanse (figur 6). Juryen, som består av fylkeskoordinatorene og praksiskoordinatoren, utpeker vinneren på grunnlag av de innkomne beskrivelsene. Vi mottok fra første år mange nominasjoner. Tabell 2 viser praksisveilederne som har mottatt prisen,

År	Navn	Sted/kommune
2001	Satya Sharma	Bergen
2002	Alf I Midtskog	Sandnes
2003	Lars Moland	Aurland
2004	Unni S Bilsbak	Ulvik
2005	Aslak Bråtveit	Finnøy
2006	Ruth Midtgarden	Stavanger
2007	Torgeir Gilje Lid	Stavanger
2008	Olav Reidar Furnes	Gaular
2009	Jan Herman Doeland	Tau, Strand
2010	Brit Hov	Tananger, Sola
2011	Birgit Zimmermann	Kvinnherad
2012	Toralv Lura	Husnes, Kvinnherad
2013	Suranga T Wickramanayake	Voss
2014	Stein Roar Kringeland	Haugesund
2017	Bent Ingebrigtsen	Hornindal
2018	Finn Bjørn Rørvik	Vennesla
2019	Monika Wiese	Haugesund
2020	Agnar Aasheim	Leirvik, Stord
2021	Michael Benjamin Robert	Florø

*Tabell 2: Vinnerne av praksisveilederprisen 2001–2021*



*Figur 6: Fra venstre fylkeskoordinator Per Stensland, vinner av praksisveilederprisen 2011 Birgit Zimmermann – fastlege i Kvinnherad, praksiskoordinator Kirsti Nordstrand, fylkekoordinatorene John Nessa og Gunnar Tschudi Bondevik. Foto: Privat.*

Prisvinneren får et diplom til oppslag på kontoret samt en symbolsk gave, ofte musikk (figur 7). Vi har sett mange eksempler på hvordan vinnerne har satt stor pris på nettopp å bli løftet fram av egen student. Nyheten blir sendt til lokalavisen i prisvinnerens hjemkommune, og blir slått opp på instituttets nettsider. Vinnerne ble også gjennom mange år invitert til å holde en forelesning for kollegene på etterfølgende års praksisveilederkurs.

### **Praksisveilederheftet**

Vi så fort behov for å lage en skriftlig ramme for praksis i primærhelsetjenesten i form av et veilederhefte med faglige rettesnorer og administrativ informasjon. Heftet beskriver pedagogiske prinsipper, med vektlegging på læringsmål, konsultasjonstrening og tilbakemeldinger, hjelpemidler i praksis, mulige praksisarenaer i primærhelsetjenesten, praktiske tips til student og veileder, videoopptak av konsultasjoner, samt praktisk og administrativ informasjon. Veilederheftet har også en oversikt over læringsutbyttet for praksisperioden, med kunnskaper, ferdigheter og generell kompetanse. Etter praksisperioden sender både student og veileder inn en evaluering av hverandre til instituttet. Dette inkluderer også en vurdering av skikkethet.



*Figur 7: Praksisveilederprisen 2018 gikk til Finn Bjørn Rørvik, fastlege i Vennesla. Til venstre fylkeskoordinator Per Stensland.  
Foto: Gunnar Tschudi Bondevik.*

### **Profesjonalitet i praksis**

I 2009 innførte vi en studentoppgave om allmennmedisinsk praksiserfaring. Der blir studentene bedt om å «ta utgangspunkt i en konsultasjon som du husker godt fordi den gjorde spesielt inntrykk på deg. Det kan f.eks. være en konsultasjon du hadde med en alvorlig syk pasient, en vanskelig klinisk problemstilling, en pasient du ikke kunne hjelpe, eller en pasient som var misfornøyd.» Studenten skal beskrive hovedpunktene i konsultasjonen og legge vekt på egne tanker i møtet med pasienten. Vi ønsker også at studenten løfter fram personlige sider ved å praktisere allmennmedisin ved å beskrive egne reaksjoner og følelser. Vi har mottatt mange gode observasjoner og refleksjoner. I samråd med studenten har vi flere ganger sendt de beste besvarelsene til redaksjonen i *Utposten*. Her opplevde en rekke studenter å få sitt første essay på trykk. Noen eksempler er gitt i litteraturlisten.

### **Samfunnsmedisinsk praksis**

Praksisperioden har siden den ble opprettet også omfattet samfunnsmedisin i lokalsamfunnet. Med utvidelse av praksisperioden til seks uker har inn-

holdet blitt mer spesifisert. Studentene skal bruke én dag per uke på å sette seg inn i offentlige legeoppgaver, ved å hospitere i ulike deler av lokal helse- og sosialtjeneste – som helsestasjon, skolehelsetjeneste, legevakt, sykehjem, KAD og NAV-kontor. De skal også gjøre seg kjent med kommuneoverlegens og smittevernslagens arbeid samt hospitere ved andre relevante institusjoner. Studenten skriver også en refleksjonsoppgave fra disse besøkene.

### **Forskning i allmennmedisin – FAMFIB**

I forbindelse med praksisperioden er studentene involvert i forskningsprosjekter. Målsettingen er at studentene skal få et innblikk i enkle forskningsmetoder, som f.eks. spørreskjemaundersøkelser innenfor relevante tema i allmennmedisin. Resultatene fra prosjektene publiseres og brukes i undervisningen. Vi oppfordrer praksisveilederne og studentene til å reflektere over de ulike problemstillingene som tas opp i forbindelse med disse undersøkelsene. Det blir også sendt oppsummeringer til praksisveilederne som kan brukes i smågruppe- eller internundervisning på legekontoret.

### **Erfaringer og refleksjoner**

Praksisperioden skal lære studenten allmennmedisinens særpreg i form av særegen epidemiologi, sykdomspresentasjon, utredning og behandling. Ikke minst skal studenten lære klinisk allmennmedisin i møte mellom den syke pasienten og legen ved inntrykk fra observert samhandling – mesterlære. Derfor må også praksisperioden ha en varighet som gir mulighet for at veileder og student blir kjent, at studenten blir trygg på en erfaren lege som han/hun kan dele refleksjoner med. Utvidelse av praksisperioden fra fire til seks uker kom som en nødvendighet i 2018. På samme tid har fastlegene blitt pålagt mange og nye oppgaver, og hele ordningen er nå i krise. Vi ser allerede og venter økende problemer med å rekruttere og vedlikeholde en stab av erfarne og kompetente praksisveiledere. Faglig og administrativ kontakt med denne staben blir en forutsetning, der kurs og samlinger med god kvalitet og lokale nettverk kan gi støtte.

### **Fremtiden**

I tråd med nasjonale føringer planlegger instituttet nå en videre utvidelse til ti ukers praksis i primærhelsetjenesten. Organiseringen og innholdet av denne styrkingen blir gjort i nært samarbeid med praksisansvarlige ved de tre andre lærestedene i Tromsø, Trondheim og Oslo. I tillegg til praksis på fastlegekontor, ønskes en lengre og mer systematisert praksis under veiledning også i andre helse- og sosialtjenester i kommunene. Eksempler på mulige praksisarenaer er sykehjem, legevakt, helsestasjon og ungdomshelse-

stasjon, skolehelsetjeneste, jordmortjeneste, hjemmetjeneste, kommunalt psykisk helsevern, kommunal akutt døgnenhet (KAD), NAV-kontor, fysio- og ergoterapitjeneste, bedriftshelsetjeneste, rusomsorg, barnevern, apotek og flyktningehelsetjenesten.

Dette krever et tettere samarbeid med helse-/omsorgsansvarlige i kommunene – også utover fastlegekontorene. En tilrettelegging for en lengre og styrket praksis i de ulike primærmedisinske tjenester vil gi bedre læring for studentene, og kan i neste omgang virke rekrutterende for kommunene. Forutsetningen vil være tilstrekkelig antall praksissteder og praksisveiledning av høy kvalitet. I tillegg er det fortsatt store utfordringer med finansiering av praksis i primærhelsetjenesten. Foruten honorar til praksisveiledere inkluderer det økonomisk støtte til kompetansehevede tiltak og dekning av utgifter til kontor/utstyr/programlisenser for å kunne tilby studentene en tilfredsstillende praksis. En bedre tilrettelegging vil kunne stimulere til øket entusiasme blant nåværende og potensielle praksisveiledere til å ta imot studenter i fremtiden.

## Litteratur

Pendleton D, Schofield T, Tate P, Havelock P. *The consultation: An approach to learning and teaching*. Oxford: Oxford University Press, 1984.

### *Publiserte studentoppgaver:*

Carlson ER. Kaos. *Utposten* 2015; 44 (2): 52.

Heldal AT. Legekontorets skuespill. *Utposten* 2011; 40 (7): 32-3.

Kildal S. Ukas pasient – Hodepine. *Utposten* 2016; 45 (4): 43.

Neteland I. Hun som ligner. *Utposten* 2014; 43 (5): 39.

Nordang CF. En skyllebøtte. *Utposten* 2012; 41 (4): 24-5.

Paus A. Å gjøre godt. *Utposten* 2014; 43 (6): 44.

Skromme K. Sjukmelding på bestilling. *Utposten* 2015; 44 (3): 35.

Stenehjem JS. Stillheten som samtale. *Utposten* 2016; 45 (2): 36.

Udjus C. Det er enkelt å hjelpe. *Utposten* 2013; 42 (4): 45.

## 4.6 Datamaskiner, internett og *Primary Care Internet Guide*

*Michael 2022; 19: Supplement 29, 174–79.*

*I dag er det en selvfølgelighet å mestre digitale hjelpemidler og bruke pc, laptop og smarttelefon for å kommunisere, skrive, analysere data og drive informasjonssinnhenting. Men ord og funksjoner som internett, epost, litteratursøk, server, surfe og google er ikke eldre enn at flere tiår av instituttshistorien fant sted for den digitale tidsalder. Instituttmiljøet vårt var tidlig ute med digitalisering, og ble etter hvert også ledende på allmennmedisinsk informasjonssinnhenting via internett gjennom sin nettside Primary Care Internet Guide. Dette kapitlet handler om instituttets vei inn i den digitale tidsalder, frem til midten av 1990-tallet.*

Fra starten på 1980-tallet fikk de fleste vitenskapelige miljøer tilgang på egen datamaskin. På Institutt for almenmedisin (IAM) utviklet man også et elektronisk journalsystem, og var også langt fremme på den fronten (se eget kapittel). For de vitenskapelig ansatte ved instituttet ble det vanlig med egen pc fra midten av 1980-tallet, av ulike merker og operativsystemer, og den vesentlige bruken var tekstbehandling. Etter hvert ble operativsystemet MS-DOS det ledende, og på slutten av 1980-tallet hadde de fleste alle egne pc-er, oftest IBM XT 286 med to diskettstasjoner, noen hadde racerutgaven AT 286.

Steinar Hunskår brakte i 1986 med seg sin bærbare Olivetti M21 (vekt ca. 16 kg, også benevnt «slepbar»), med 20 MB harddisk og 640 kB internminne. Universitetet nektet ham i 1985 å kjøpe pc med harddisk (dyrt og unødvendig!), men to av stipendiatene ved Fysiologisk institutt fikk lov av Forskningsrådet å bruke prosjektmidler til dette. Med Even Lærum og NAVF programmet gjorde Macintosh Plus sitt inntog blant noen av stipendiatene. Den hadde 1MB RAM og en 3½ tommer diskettstasjon. Viktigere, den hadde både tekstbehandler og et statistikkprogram.

*I årsmeldingen for 1987 angis at «EDB-systemet» var utrangert, og at man planla et system med pc-er i nettverk. I 1990 angis at alle fast ansatte har fått pc med tekstbehandlingssystem og egen printer. De fleste brukte tekstbehandlingssystemet WordPerfect 4.1.*

*De fleste maskinene var uten harddisk og jobbet tungt. Vi husker blant annet at Eivind Meland holdt på med statistiske analyser på eget materiale. Han pleide å starte en ny analyse om ettermiddagen før han gikk hjem. Så var den oftest ferdig når han kom tilbake på jobb dagen etter.*

*Professor og instituttstyrer Per Fugelli var ingen entusiastisk pc-bruker. Han foretrakk enten å diktere alle brev og manus, eller å skrive for hånd, og la sekretær Jorunn Støylen skrive inn tekstene, først på vanlig skrivemaskin, senere på pc, ta utskrift og gi tilbake for retting med penn, før ny utskrift og eventuell signering eller innsending av manus. Men også Fugelli måtte til slutt bite i det sure eplet og gå over til egen pc.*

## **Oppringt samband**

På slutten av 1980-tallet var det mulig å sende og motta data over det ordinære fasttelefonnettet. Det tok mange ansatte i bruk privat, På instituttet hadde vi også en maskin som var tilkoblet med modem. Da kunne vi blant annet gjøre litteratursøk og sende og motta filer. Litteratursøkene fra MEDLINE ble først gjort fra Sveits (*DataStar*), deretter fra Karolinska Institutet i Stockholm ved hjelp av programmet *Grateful Med*. Dette var uansett en relativt kostbar fornøyelse, da man betalte per referanse. Sandvik demonstrerte slikt søk på et forskningsmøte, og instituttstyrer Hunskaar fikk panikk fordi tellerskrittene løp mens det ble lastet ned en mengde referanser. Etterpå importerte Sandvik referansene direkte inn i databasen *EndNote*, noe som fikk Jørund Straand til å utbryte: «Dette går langt over min forstand, det er jo rene science fiction!»

## **Internett kommer! Men ikke alle så potensialet...**

Tidlig på 1990-tallet fikk de første norske akademiske institusjoner tilgang til Internett. For IAM skjedde dette i 1990, da én pc ble tilkoblet universitetets nye bredbåndsnett. Dette kunne imidlertid ha gått helt galt!

Bakgrunnen var at universitetet i 1988/1989 planla å føre frem fiberkabel i Årstadveien fra sentrum mot Haraldsplass og Haukeland. Det gikk da en forespørsel fra IT-avdelingen til instituttstyrer Fugelli om man skulle tenke på en kabel i en sidegrøft til instituttet i Ulriksdal 8c også. Fugelli svarte da at for IAM var dette ikke noe å prioritere, da virksomheten ved instituttet neppe ville ha noen nytte av internett! Ved en senere tilfældighet fikk Hunskaar, som var visestyrer, innsyn i korrespondansen, og kastet seg på



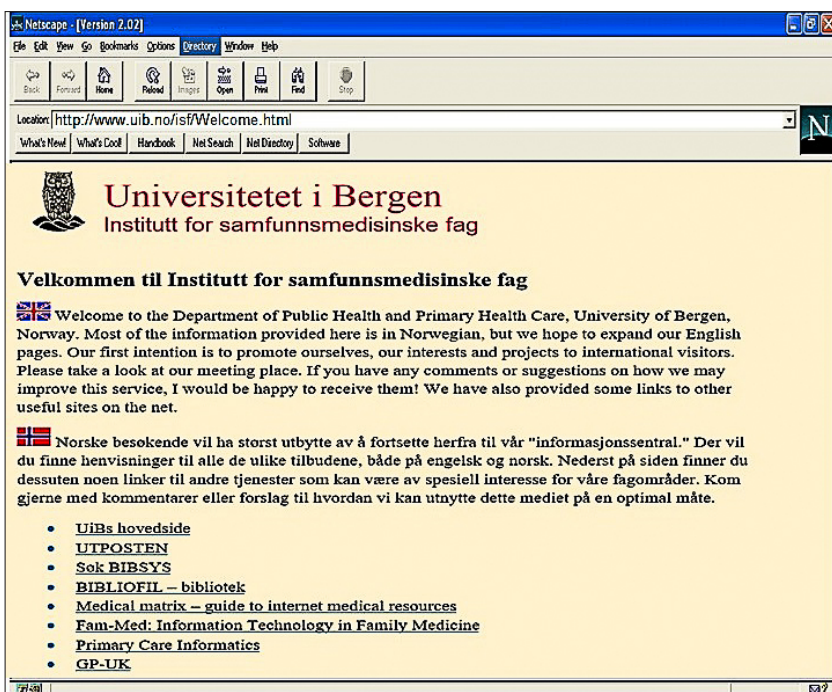
telefonen til IT-avdelingen og ba på sine knær om å få omgjort beslutningen, noe som ble akseptert. Dette skjedde bare dager før grøften ble lagt igjen, men det ble ordnet med en kabel via sykehuset og til det sørlige hjørnet av instituttets andre etasje til kopirommet. IAM var på nett!

De neste årene måtte samtlige ansatte klare seg med å bruke den samme pc-en når man skulle koble seg til internett. Universitetet prioriterte imidlertid utbygging av nettverk, og i 1993 ble dette satt i drift i Ulriksdal 8c, slik at alle var tilkoblet fra eget kontor. Instituttet tilsatte egen edb-ingeniør fra 1995. Den første var Stein Håkon Lygre.

Fra 1994 kom det brukervennlige nettlesere som raskt demonstrerte hvilket potensial nettet hadde. Samme år ble det åpnet for at privatpersoner kunne komme på nett. De første årene var dette vanskelig og dyrt, og det tok derfor tid før mange allmennleger var online. Sandvik husker en Eureka-opplevelse da han for første gang prøvde nettleseren *Mosaic* og oppdaget World Wide Web. Full av entusiasme demonstrerte han dette på et forskningsmøte i 1994. Noen så potensialet, men slett ikke alle. Kirsti Malterud var svært skeptisk. Hun hadde ingen tro på at dette hadde noen fremtid: «Jeg kommer i alle fall aldri til å klikke meg frem på denne måten!»

Etter et år med nettverk og en god del motstand mot «moderne greier», var det våren 1994 bare halvparten av de ansatte som var aktive brukere, men et ti-talls brukere hadde faktisk benyttet muligheten til å motta og sende elektronisk post til utlandet! Ved ISF ble det satt opp slik at når man skrudde på maskinen, måtte man oppgi passord, og dermed automatisk få kontakt med nettverket og brakt inn i sin elektroniske postkasse. Det var derfor ikke mulig å «glemme» å sjekke om man har fått post. Det var ikke snakk om noe demokrati eller medbestemmelse i forbindelse med dette. I praksis foregikk det ved at Sandvik gikk rundt og endret oppsettet på samtlige maskiner på huset.

Sandvik fortalte om sine erfaringer på det felles norske instituttmøtet i april 1994. Han rapporterte da fra en liten test han hadde gjort, nemlig å sende 10 eposter til hvert av de fire instituttene og be om tilbakemelding på mottaket. Fra Bergen svarte åtte. Fra Oslo, Trondheim og Tromsø svarte henholdsvis en, to og tre. Så det var nok i 1994 et stykke igjen til at epost ble tatt i utstrakt bruk i alle de allmennmedisinske instituttmiljøene. I foredraget prøvde han å gi en elementær innføring i nytten av datanettverk samt å lære oss nye ord som *elektronisk post*, *postkasse*, *server*, *nettskriver* og *alfakrøll*. Han skriver blant annet: «*Det som de fleste forbinder med nettverk, er vel likevel muligheten for å sende meldinger til hverandre, altså elektronisk post. Og mitt inntrykk er at det er her mange begynner å skrubbe. Hva skal vi med*



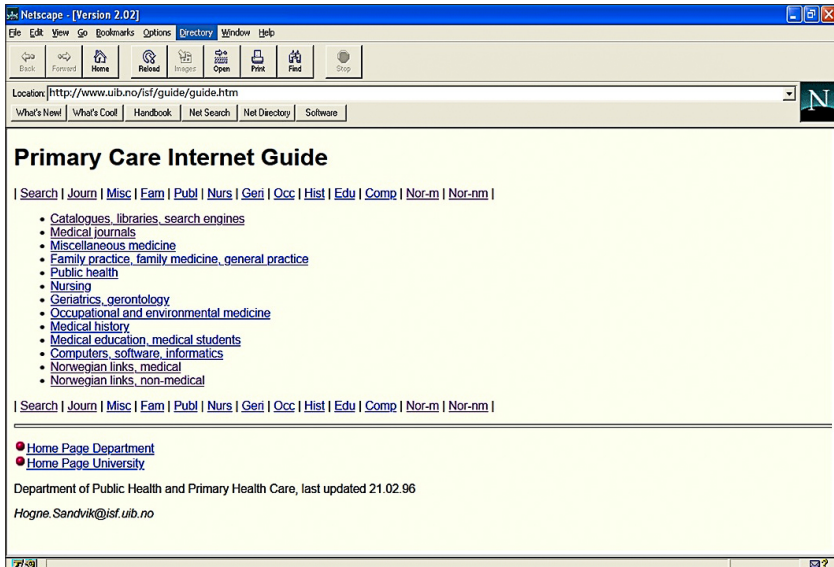
Figur 1: Den første hjemmesiden til Institutt for samfunnsmedisinske fag fra 1995.

«dette når vi kan skrive brev, ringe, bruke fax osv.» Og så fortsetter han: «Men e-post har visse fordeler.»

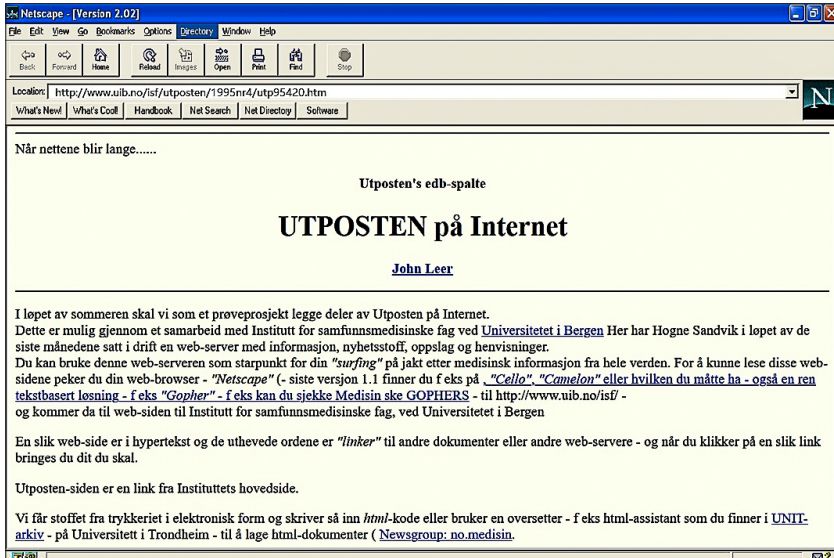
### *Primary Care Internet Guide* setter Bergen på kartet

Seksjon for allmennmedisin så allerede i 1994 en mulighet for å rekruttere praksislærere ved å gi dem fri tilgang til Internett gjennom universitetets systemer. Sandvik, som på denne tiden var ansatt som stipendiat, startet tidlig i 1995 å publisere informasjon fra instituttet på UIBs server. Han var også instituttets første «webmaster», med ansvar for nettsidene til Institutt for samfunnsmedisinske fag (figur 1). I tillegg til egenprodusert og stoff til internt bruk ble det utviklet en nettbasert portal til andre primærmedisinske ressurser på internett, *Primary Care Internet Guide* (figur 2).

*Primary Care Internet Guide* var lenge en mye brukt veiviser, inntil mer avanserte søkemotorer overtok. Den hadde titusenvis av besøkende hver måned, 90% var fra utlandet og det ble registrert over 60 nasjonaliteter.



Figur 2: Primary Care Internet Guide i versjon fra 1996.



Figur 3: Utposten, et av verdens første medisinske tidsskrifter på nett. Publiseringsen skjedde ved hjelp av instituttets nettsider og med Hogne Sandvik som ansvarlig. Her faksimile fra Utposten nr. 4, 1995.

Den internasjonale søkemotoren *Lycos* kåret guiden til en av de beste i Europa.

En av praksislærerne, John Leer, hadde fast edb-spalte i tidsskriftet *Utposten*. Han begynte i 1995 å legge ut *Utposten* i fulltekst på UIB-serveren. Første nummer ble publisert i juni 1995 (figur 3). *Utposten* ble dermed et av de aller første tidsskriftene på internett, kun slått med fire uker av *British Medical Journal (BMJ)*!

## Litteratur

Leer J. Utposten på Internet. *Utposten* 1995; 24 (5): 184-5.

Nicolaysen KG. En dagligdags ting i min tilværelse. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1996; 116: 2932.

## 4.7 25-årsjubileum i 1997

*Michael 2022; 19: Supplement 29, 180–5.*

*I april 1997 var det 25 år siden åpningen av Institutt for almenmedisin og dermed tid for feiring. Det ble besluttet at jubileet skulle markeres i form av en storslått og sterkt subsidiert festmiddag, og dessuten kombineres med det årlige «felles institutt møte» (nå Allmennmedisinsk universitetsmøte), slik at det kunne komme mange tilreisende fra søsterinstituttene og dermed spares reisekostnader og oppholdsutgifter. Dette faglige møtet tok som vanlig opp både utdanning og forskning i allmenmedisin, det gikk over to dager, 24. og 25. april 1997, med jubileumsfest og middag siste dagen. Det var 20 deltakere på møtet, med 3–4 personer fra hvert av universitetene i Oslo, Trondheim og Tromsø. Både møtet, overnattingene og festmiddagen på fredagskvelden foregikk på Villa Skjoldnes.*

Det foreligger dokumenter, annet skriftlig materiale samt mange bilder, slik at arrangementet kan omtales relativt detaljert. En fotomontasje fra jubileumsmiddagen ble senere laget som et stort bilde, som har hengt i instituttlokalene både i Ulriksdal, i Kalfarveien og nå i Alrek helseklynge.

### **Villa Skjoldnes**

Villa Skjoldnes, Sundts veg 57 på Nesttun, var i 1997 et penere selskapslokale, der man også hadde møtelokaler og en del rom for overnatting i et brakkeliggende anneks. Villaen ble oppført i 1925 for direktøren ved International Farvefabrikk (IFA). I 1965–1972 var huset kurssted for Stiftelsen Libertas, mens Statens Jordmorskole i Bergen overtok i årene 1972–1991. Deretter ble huset omgjort til selskapslokale.

### **Programmet**

Invitasjoner ble sendt viden rundt, men først og fremst til alle daværende og tidligere tilsatte ved instituttet og legesenteret, ansatte i søsterinstituttene



Figur 1: Invitasjon til 25-års jubileumsfest.

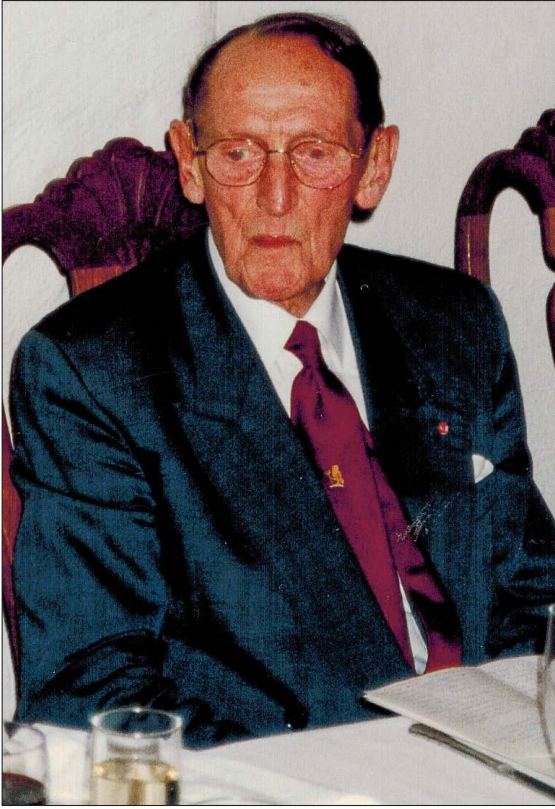
samt representanter for fakultetet, Bergen kommune, legeföreningen og andre samarbeidspartnere (figur 1). Festkomiteen besto av Steinar Hunskaar og Jørund Straand. Sistnevnte representerte også Ulriksdal legesenter og var toastmaster under middagen (figur 2).



*Figur 2: Toastmaster Jørund Straand i ivrig positur flankert av Sabine Ruths og Kari Klungsøyr Melve. Foto: Privat.*



*Figur 3: Sangheftet til middagen. Legg merke til den mørkeblå etiketten som er påklistret programmet. I forbindelse med jubileet ble det trykket flere tusen selvklebende slike på ruller. De ble brukt på brev, dokumenter, utstyr og mange andre steder for å markere jubileet.*



*Figur 4: Kveldens hovedtaler, professor emeritus Sigurd Humerfelt. Han var første professor ved Institutt for almenmedisin fra starten i 1972 og til han gikk av med pensjon i 1984. Han la i sin tale stor vekt på den vekst og utvikling som instituttet hadde gjennomgått, og han gledet seg stort over den viktige plassen allmenmedisin hadde fått i studieplanen. Foto: Privat.*

Til aperitiffen var det underholdning av et studentmannskor, og til bordsetet var det sanghefte (figur 3), der Bergenssangen og Gaudeamus Igitur var de viktigste elementene. Det ble servert kanapé med røkelaks, fylt lammelår med brokkoli, sopp, gulrøtter og fløtegratinerte poteter, med iskake til dessert.

Det var en lang talerliste, med professor emeritus Sigurd Humerfelt som den opplagte hovedtaler (figur 4). Ellers var det taler av seksjonsleder Steinar Hunskaar, dekanus Jon Lekven og fylkeslege Svein Hindal. En rekke hilsninger ble fremført etter middagen da man samlet seg til kakebord med kaffe avec.

Også under middagen var det underholdningsinnslag. Kirsti Malterud og Per Fugelli fremførte en sketsj om instituttets og allmenmedisinens betydning, via telefon (figur 5) og Anders Gogstad, professor i sosialmedisin, fremførte sin formaning «Til den oppvoksende slekt».





*Figur 5: Underholdningsinnslag ved Kirsti Malterud (med sykkelhjelm) og Per Fugelli (i hvit frakk). Slik Malterud husker det, skal hun i en sketsj forestille Peter F. Hjort, som ledet oppbyggingen av medisinstudiet i Tromsø og som var universitetets første rektor. Han var kjent for å bruke sykkel i alle slags sammenhenger. Fugelli spille dekanus Dagfinn Aarskog ved Det medisinske fakultet. Samtalen dreide seg om utfordringene (frykt og beven!) for både fakultetet og instituttet når Fugelli skulle starte som professor i Bergen i 1984. Ellers kan følgende personer identifiseres rundt bordet fra nederst til venstre: Malterud, Sigurd Humerfelt, Steinar Hunskaar, dekanus Jon Lekven, Berit Olsen, Fugelli, Sturla Gjesdal og fremst John Gunnar Møland og nederst til høyre Anders Gogstad. Foto: Privat.*

Jubileumsmiddagen var svært vellykket, og omtalt i rosende ordelag i mange år etterpå. Gjestene koste seg (figur 6), og mange deltok på nachspiel i et nærliggende hus til langt ut på morgenkvisten. Fra nachspielet foreligger (dessverre) ingen bilder.



*Figur 6: Gjestene hygger seg ved bordet. På bildet kan identifiseres Guri Rørtveit, Terje Alræk, Christine Lindstrøm, Knut Holvedahl, Steinar Westin, Kirsten Rokstad og fremst ryggene til Kari Klungsøyr Melve, Jørund Straand, Sabine Ruths og Margareth Bondevik. Foto: Privat.*



*Figur 7: Akademikere på fest! Fra venstre: Anders Gogstad, Jørund Straand, Christine Lindstrøm, Edvin Schei, Per Fugelli, Svein Steinert og til høyre Janecke Thesen. Foto: Privat.*

## 4.8 Nyhetsbrevene *SAMklang* og *Universitetslegen* 1995–2022

*Michael 2022; 19: Supplement 29, 186–91.*

*I 1995 startet Seksjon for allmennmedisin et nyhetsbrev til alle allmennlegene i helseregionen. En klar motivasjon var å holde legene informert om virksomheten ved instituttet, med tanke på å motivere allmennlegene til å delta som praksislærere. Meldingsbladet SAMklang kom regelmessig til 1998. Fra 2001 gjenoppsto bladet som Universitetslegen og ble trykt som del av Paraplyen, medlemsbladet til legeföreningene i Hordaland og Sogn og Fjordane. Der utgis det fortsatt med fire utgaver årlig.*

Forslaget om å utgi et nyhetsbrev hadde bakgrunn i et ønske om å motivere allmennlegene til å delta som praksislærere. Man mente å ha nytte av at allmennlegene var godt informert om virksomheten ved instituttet. Gjennom en slik kommunikasjonskanal kunne seksjonen informere om undervisning, forskning, kurs og andre nyheter, men også ha et forum for innspill fra leserne.

### **SAMklang – Meldingsblad for Seksjon for allmennmedisin**

Et grafisk firma utarbeidet forslag til layout, inkludert logo og førsteside. Noen faste innslag skulle gå igjen, som en kort lederartikkel, presentasjon av doktorgrader, studieplannytt, eksamensoppgaver og adresselister for de tilsatte. I tillegg kunne det være kursomtaler, kursannonser og meldinger til praksislærerne.

Bladet fikk navnet *SAMklang*, og i juni 1995 kom første nummer (figur 1). Det ble først planlagt fire prøvenummer. Fra en rekke leger kom det positive tilbakemeldinger, mange syntes det var kjekt å lese om hva som foregikk ved seksjonen, og mange uttrykker det som positivt med kontakt med seksjonen på denne måten. Vi fikk eksempel på at eksamensoppgavene ble brukt i veiledningsgrupper i spesialitetsutdanningen, at nytteverdien av



# SAMklang

Meldingsblad for Seksjon for AllmennMedisin  
Universitetet i Bergen

Juni 1995

## Innhald

120-planen - ny studieplan i Bergen . . .	3
Legen som lærer - om praksislærerne i allmennmedisin . . . . .	6
Prøv deg til eksamen . . . .	7
Midtsida . . . . .	
Trenger du et sted å være? . . . . .	11
Allmennpraktikerstipend .	12
Prosjekt venter på forsker . . . . .	14
Allmennmedisinsk grunnkurs . . . . .	15
Kven er vi? . . . . .	16

Kjære kollega i vestlandsk allmenpraksis!

I handa held du no den første utgåva av SAMklang - meldingsblad frå Seksjon for allmennmedisin ved Universitetet i Bergen til allmennpraktikarane på Vestlandet. Vi har allereie eit breidt samarbeid med mange av dykk, som praksislærarar, kursarrangørar, prosjektmedarbeidarar o.l. Men vi har sakna eit forum der vi kan gje dykk noko informasjon frå det allmennmedisinske undervisnings- og forskingsmiljøet i ei litt uformell form.

I SAMklang vil vi nokre gongar i året skrive om ting av felles interesse, om aktivitetar på seksjonen, og om saker som opptek oss. Vi ønskjer svært gjerne respons frå lesarane, både ris og ros. Vi set også pris på kontakt frå dykk i høve undervisningssaker og forskingsprosjekt. Ei namne- og adresseliste finn du på baksida.

Steinar Hunskår  
Bladstyrar

Figur 1: Forsiden av første nummer av SAMklang fra juni 1995. Hvert nummer av SAMklang var på 16 sider, og bladet kom med tre nummer i 1995, fire i 1996 og 1997 og to nummer i 1998. I disse fire årene ble det altså sendt mer enn 200 sider stoff til mer enn 800 mottakere.

presenterte forskningsprosjekt ble diskutert, og at legene satte pris på å bli informert om studieplanendringer og andre forhold som var relevante for praksislærerne.

#### *Økonomisk støtte fra legeforeningen i fire år*

Skulle nyhetsbrevet tjene en slik funksjon måtte det ha en viss regularitet, minst fire nummer i året. Det var snakk om ca. 800 mottakere, altså mer enn 3000 utsendelser årlig, til en betydelig kostnad (ca. kr. 16.000 per nummer). Det ble søkt om prosjektstøtte fra Den norske lægeforenings fond til videre- og etterutdanning av leger (Fond I), i første omgang for fire prøvenummer. Vi fikk innvilget søknaden, og fikk fornyet støtte for de neste årene, men i 1998 mente Fondet at universitetet måtte finansiere tiltaket selv. *SAMklang* sto derfor i fare for å bli nedlagt av økonomiske grunner.

Våren 1998 diskuterte man hvordan bladet eventuelt kunne fortsette. Interessant nok ser det ikke ut til at en ren digital utgivelse ble diskutert som et alternativ på den tiden.

#### *Legeforeningen sentralt stoppet bladet, som så ble reddet av lokalforeningen*

Helt overraskende kom det så i juni 1998 en henvendelse fra overlege Fin Resch, leder i Hordaland legeforening. Han skrev blant annet:

Jeg hadde i dag gleden av å motta og legge merke til det interessante lille bladet *SAMklang*. Jeg fant at her var stoff primært av interesse for allmennpraktikere, men også adskillig av mer generell interesse for mange øvrige kolleger, og stoff som var godt innenfor vårt ambisjonsområde for *Paraplyen*! La meg kaste ut noen strøtanker: Hva med en egen Seksjon i *Paraplyen* for *SAMklang*??? Et blad i bladet? Kunne kanskje Bladstyreren tenke seg å bli medredaktør i *Paraplyen*???


*Paraplyen* er medlemsbladet til legeforeningene i Hordaland og Sogn og Fjordane, og redaktør på denne tiden var Arne Trippestad, professor i kirurgi. Tilbudet var fristende, men det var også motforestillinger: Vi hadde mange mottakere som ikke fikk *Paraplyen*, blant annet i Rogaland og Vest-Agder, i forvaltningen og på Universitetet. Stoffet var til tider ganske internt, men kunne det fungere i en større sammenheng?

Svaret fra *Paraplyen* var likevel veldig positivt, og de ville gjerne tilpasse seg seksjonens behov. Etter møter internt i de aktuelle legeforeningene kom det høsten 1998 et offisielt tilbud om å inkorporere *SAMklang* i *Paraplyen*: Ett års prøveperiode i 1999, ambisjon om seks utgaver årlig. Redaktøren for *SAMklang* skulle ha ansvar for det faglige innholdet av de to sidene i *Paraplyen*, og man var villig til å sende *Paraplyen* til en utvidet adresseliste også i Rogaland og Vest-Agder, samt til noen andre.

Dette med økt distribusjon viste seg imidlertid vanskelig, da den økonomiske avtalen med trykkeriet ville svekkes. Tiden gikk uten at en avtale kom på plass. Først i starten av 2001 var det klart for å relansere *SAMklang*, da under vignetten *Universitetslegen*, og første nummer sto på trykk i april 2001 (figur 2).

PARAPLYEN

# UNIVERSITETS LEGEN



## Nytt fra Seksjon for allmenntmedisin (SAM), UiB

**Kjære kollega i  
vestlandsk allmenntpraksis!**

*Redaksjonen i Paraplyen har invitert Seksjon for allmenntmedisin ved Institutt for samfunntmedisinske fag, UiB, til å bidra med ei spalte i bladet. Det er ei utfordring vi gjerne tek. I mange år hadde vi meldingsbladet SAMklang som vart sendt til primærleger og samarbeidspartnarar på heile Vestlandet. Der informerte vi om saker vi arbeide med i grenselandet mellom akademi og praksis, vi orienterte om undervisninga og om forskingsaktivitetar.*

*Gjennom denne spalta vil vi prøve å presentere stoff som kan vere av allmenn interesse for legane i dei to fylka som får Paraplyen. Kontakt oss gjerne med forslag og kommentarar.*

Steinar Hunskaar  
steinar.hunskaar@isf.uib.no

**SMÅNYTT**

- Guri Rørtveit, stipendiat ved Seksjon for allmenntmedisin, er blitt ny fagleg medarbeidar i Tidsskriftet for fagområdet allmenntmedisin
- Tilsaman 10 av 11 tilsette i faste universitetsstillingar ved Seksjon for allmenntmedisin har inngått fastlegeavtalar med listestorleik frå 400 til 1400 personar. Seks av listene er i Bergen kommune
- Edvin Schei har permisjon frå stillinga som fylkeskoordinator for praksislærarane i Hordaland. Janecke Thesen vikarierer inntil vidare i hans stad.
- Seksjonen har fått invitasjon frå Kurskomiteen i Hordaland legeforening om samarbeid om Høstkurset i november 2001.
- Det er igjen god søknad til Allmenntpraktikerstipend frå vår region.
- Filosofisk poliklinikk hatt tatt initiativ til ein artikkelserie om medisin og filosofi som blir trykt i Tidsskriftet ut over våren

**PLASS TIL FLERE  
PRAKSISLÆRERE!**

Våren 2002 kommer flere studenter enn før ut til 4 ukers opphold hos praksislærerne i regionen. Dette skyldes økte studentkull som følge av den såkalte 150-planen ved Universitetet i Bergen. Utplasseringen er svært populær, noe evalueringene

Figur 2: I april 2001 gjenoppsto meldingsbladet som *Universitetslegen* med to sider i *Paraplyen*, en ordning som pågår fortsatt. Her første side av første utgave.

# Nytt frå Fagområde for allmenmedisin, UiB



STEINAR HUNSKÅR  
Institutt for global helse og samfunnsmedisin  
steinar.hunskar@uib.no

## FASTLEGEN REDDAR LIV!

Fastlegeordninga må forsvarast og utviklast, fordi denne typen helseteneste er internasjonalt dokumentert å gje mest helse for pengane, både for den enkelte og frå samfunnet sitt ressursperspektiv. Men både politikarar, folk flest og endatil fastlegar sjølv kan ha vanskar med å beskrive kva det er med denne ordninga som gjer den så effektiv. Her er kortversjonen: Kvar innbygger har frå fødsel til død ein personleg lege å halde seg til over tid, denne legen handterer dei aller fleste helseproblema sjølv, denne legen regulerer tilgangen til spesialisthelsetenesta og attesterer trygdeytningar, samt at fastlegen har ei rekke plikter i høve den enkelte.

Dei sentrale eigenskapane ved ei fastlegeordning er etablert verda over, gjennom WHO, OECD og mange andre uavhengige organisasjonar. Det finst også mykje forskning som viser det same. Men direkte individuelle helseeffektar har vore meir vanskelege å vise.

Denne hausten har eg hatt glede over å vore medforfattar på ei studie om effekten av langvarige lege-pasientforhold, der resultata har fått stor merksemd over heile verda. Førsteforfattar Høgne Sandvik, som er forskar og fastlege i Bergen, har saman med oss medforfattarar publisert ein artikkel i British Journal of General Practice som viser at å ha same fastlege i meir enn 10 år reduserer mortaliteten, akuttinnleggingar og bruken av legevakt med 20-25%, når vi justerer

“

Å HA SAMME FASTLEGE  
I MEIR ENN 10 ÅR  
REDUSERER MORTALITETEN,  
AKUTTINNLEGGINGAR  
OG BRUKEN AV LEGEVAKT  
MED 20-25%

”

for ei rekke faktorar som kan påverke analysane. Endringane kjem etter ganske få år med same lege, og vert sterkare år for år. Studien er eit eksempel på kva norske helseregister er i stand til å gje av viktige resultat når dei vert kopla saman.

Resultata er viktige for den norske fastlegeordninga og for eitt av dei sentrale elementa, nemleg kontinuiteten ein person har med den faste legen over tid. Fastlegen betyr faktisk mykje for helsa di!

Steinar Hunskaar

*Figur 3: Lederartikkelen fra Paraplyens siste nummer i 2021. På den neste siden var det omtale av tre ferske doktorgrader i allmenmedisin, en orientering om søknadsfrist og vilkår for allmennpraktikerstipend fra legeföreningen, samt omtale av at Lars Thore Fadnes, professor i allmenmedisin, som har fått en prestisjetung forskerpris for yngre forskere fra Det medisinske fakultet.*

## 20 år med Paraplyen

*Paraplyen* har kommet i fire til seks utgaver årlig. I de aller fleste av disse har *Universitetslegen* hatt sine to sider med stoff fra akademisk allmennmedisin. Til sammen har det kommet ca. 100 utgaver i tiden 2001–2021 (figur 3).

Stoffområdene har stort sett vært de samme. Vi har presentert alle doktorgradene, mottakerne av forskningsstipend fra Allmennmedisinsk forskningsutvalg (AFU) og Allmennmedisinsk forskningsfond (AMFF), priser og heder, nye bøker fra fagmiljøet, og ellers store og mindre hendelser som kunne ha allmenn interesse.

For få år sidene skjedde en endring når det gjelder «redaktørens spalte», som vanligvis var omtale av en eller annen nyhet. Redaktøren av *Paraplyen* ønsket mer meninger og analyse i lederartikkelen, og slik har det vært siden. Redaktørene etter Arne Trippestad har vært Ola Jøsendal, Espen Rostrup og Katja Løvik.

I perioder har stoffet også vært trykket i *Syd-Vesten*, medlemsbladet til Rogaland legeförening.

*Universitetslegen* blir også lagt ut på nettsidene til Fagområde for allmennmedisin. Det er også utgitt to samlehefter, med utgivelsene fra henholdsvis 1995–1998 og 2001–2011.

Til sammen representerer utgavene av nyhetsbrevet en betydelig historisk felles hukommelse over hva som har hendt i det allmennmedisinske fagmiljøet siden 1995. Nyhetsbrevene har blant annet vært en viktig kilde under arbeidet med denne boken.



## 5. Utvidet fagmiljø i eget hus i Kalfarveien (2003–2020) og flytting til Alrek helseklynge

*Michael 2022; 19: Supplement 29, 192–201.*

*En mangeårig jakt på det komplette samfunnsmedisinske hus tok tilsynelatende slutt ved flyttingen til Kalfarveien 31 i 2003. Ikke bare fikk vi samlet alle instituttets seksjoner, men det viktige Folkehelseinstituttet flyttet inn som en stor partner. Og vi flyttet ikke til hvilket som helst hus! Den gamle og vernede Pleiestiftelsen for Spedalske No 1 (figur 1) ga oss konkrete røtter til 150 år med medisinske forskning i Bergen. Allmennmedisinmiljøet vokste i sitt eget hus;*



*Figur 1: Anlegget i Kalfarveien 31 sto ferdig i 1857 som Pleiestiftelsen for spedalske nr. 1. I tillegg til den store hovedbygningen, er det to portbygninger mot hovedveien og et stort verkstedbygg fra 1958 mot jernbanen (Paviljongen). Foto: Widerøe's Flyveselskap AS ca. 1970/Billedsamlingen, Universitetsbiblioteket i Bergen.*

*Paviljongen. Men i 2020 ga vi oss igjen flytting i vold, og vi ble en del av Alrek helseklynge. I denne delen av boken er det fylldig omtale av allmennmedisinsk forskning og undervisning de siste 20 år, og om hvordan vi hadde det disse årene.*

For institutthistorien spiller bygningene i denne perioden en helt sentral rolle. Vi gir derfor plass til en kort presentasjon av anlegget som huset instituttet i ca. 17 år, mens Alrek helseklynge presenteres i et eget kapittel.

### **Kalfarveien 31 – en viktig adresse i Bergenshistorien**

Det har siden midten av 1850-tallet vært en rekke ulike bygninger på dette området, som hadde navnet Lungegårdsmarken, etter eiendommene til riksråd Vincens Lunge, som fikk overdratt enorme landeiendommer fra kongen i 1528. Lungegårdshospitalet, også kalt Lungegårdens sykehus, ble oppført her som helbredelsesanstalt for spedalske og andre hudsyke, etter stortingsvedtak i 1845.

#### *Hovedbygget: Pleiestiftelsen for Spedalske No 1*

Hovedhuset ble bygget som *Pleiestiftelsen for spedalske No. 1*, et statlig sykehus for spedalske, og ble tatt i bruk 1857, som delvis avløsning for St. Jørgens hospital, byens første leprasykehus fra ca. 1400. Den toetasjes H-formede trebygningen, tegnet i sveitserstil, ble oppført ved siden av Lungegårdshospitalet, og hadde 44 pasientværelser med plass for i alt 280 pasienter. Med en grunnflate på 1750 kvm og totalareal på 7235 kvm er den landets største trebygning. I hagen vest for hovedbygningen stod et lite likkapell i tilknytning til obduksjonsrommene. Dette ble revet 1954/55.

Ved Pleiestiftelsen ble det fra 1895 også foretatt meteorologiske observasjoner. Målestasjonen var fra 1903–26 en del av Bergen meteorologiske stasjon, slik at en del av Bergens mange nedbørsrekorder er målt her.

Pleiestiftelsens vigslede kapell lå midt i hovedbygningens annen etasje, tverrstilt i forhold til bygningens lengdeakse. Taket er kronet av et firkantet, diagonalstilt tårn. Kapellet ble ombygd etter at Pleiestiftelsen opphørte, og delt i flere rom til bruk for ulike formål, men er senere brakt tilbake til sitt opprinnelige utseende og brukt som kantine (figur 2). Bygningen ble fullstendig rehabilitert i 1991–1998. I 2013 fattet Riksantikvaren vedtak om fredning av eiendommen ved egen forskrift.

Gerhard Armauer Hansen (1841–1912) ble ansatt som lege ved Pleiestiftelsen i 1868. Det var her han påviste leprabasillen (*Mycobacterium leprae*) i 1873. Armauer Hansens arbeidsrom er bevart som i hans tid (Armauer Hansens minnerom): Bøkene, instrumentene og mikroskopet er her, men også avstøpninger av deformerte hender og forkrøplede føtter på sprit.



*Figur 2: Kantinen i hovedbygget, det gamle kapellet, etter rehabiliteringen på 1990-tallet. Kantinen, drevet av inkluderingsbedriften Beredt, var instituttets sentrale møteplass for bespisning, fester, doktormiddager, fødselsdagsfeiringer, julelunsjer og endatil bryllup. Foto: DNB Næringsmegling.*

Antallet pasienter ved Pleiestiftelsen sank raskt utover på 1900-tallet (1913: 74, 1940: 18), og i 1955 var det bare sju igjen.

I Pleiestiftelsen ble verdens første medisinske personregister startet i 1856. *Lepraarkivene i Bergen* ble i 2001 innvotert på listen over UNESCOs arkiver for *Memory of the World*-programmet, sammen med originalmanuskriptet til Ibsens *Et dukkehjem*. Norge ble dermed for første gang representert i dette eksklusive verdens kulturarkiv.

#### *Fra leprasykehus til attføringsinstitutt og NAV-kontor*

*Statens attføringsinstitutt* (senere *Statens arbeidsmarkedsinstitutt*) overtok bygningen og ansvaret for de siste sju pasientene i 1956 og helseinstitusjonen ble nedlagt 1992. «Attføringsinstituttet» (lokalt i Bergen kalt «Attføringsen») hadde ca. 70 plasser fordelt på diagnoseavdeling, arbeidstreningsavdeling og nattsanatorium. Institusjonen ble nedlagt 1992, og lokalene ble i første omgang overtatt av Fylkesarbeidskontoret i Hordaland; deretter NAV. Det statlige eiendomsselskapet Entra Eiendom ble eier av bygningen i 2000, men solgte videre til private i 2016.

Det er ikke rart, ut fra aktivitetene i huset gjennom 150 år, at mange følte at Institutt for samfunnsmedisinske fag nå virkelig var tilbake til røttene og var der det hørte hjemme for all fremtid. Instituttet foreslo at bygningen skulle få navnet Armauer Hansens Hus. Dette ble imidlertid avslått, da fakultetet allerede hadde et viktig hus med det navnet på Haukelandsområdet.

### **Paviljongen: Fra verkstedbygg til allmennmedisinsk hus**

Etter at noen bygninger ble revet, ble det i 1958 oppført et stort verksted- og kontorbygg til bruk for Attføringsinstituttet. Da Universitetet overtok i 2003, var verkstedbygget leid av Sivilforsvaret.

Det er uklart om navnet *Paviljongen* fulgte med leieavtalen, eller om det oppsto som begrep i forbindelse med flyttingen. I følge *Store norske leksikon* er en paviljong en liten bygning, oppført i tilslutning til en større bygning eller i et hageanlegg, som lysthus eller for musikk, men ordet brukes også om en frittstående bygning som utgjør en del av et bygningskompleks, som ved sykehus og skoler. I brev og eposter fra 2002/2003 er navnet skrevet med liten forbokstav, paviljongen, som en antydning om at det ble brukt som en ren identifikasjon av huset, men som da senere har festet seg som selve navnet på bygningen.

Bygget måtte uansett rehabiliteres og ombygges. Det er et stort hus på nesten 1000 kvm, og har plass til ca. 50 kontoret pluss fellesrom. Mange av kontorene og fellesrommene ble beholdt med minimal oppussing, men hele garasje- og verksteddelen måtte ombygges til kontorer. Første gang kapittelforfatteren var på besøk til det som skulle bli mitt fremtidige kontor, sto der en stor Volvo lastebil på betonggulvet, med garasjeport fremfor!

Det var stor intern diskusjon om hvor seksjonene skulle plasseres. «Alle» ville fortrinnsvis i hovedbygget. Det var en vanskelig kabal, som endte med at Seksjon for allmennmedisin måtte plasseres i Paviljongen, helt eller delvis. Dette var en avveining, men et samlet fagmiljø veide tyngst, og høsten 2003 kunne flyttingen skje. Da var det også avklart at Ulriksdal legesenter skulle flytte inn i nyinnredete lokaler i kjelleren av Paviljongen, nå som *Fjellsiden legesenter*. Dette er nærmere omtalt i kapitlet om legesentrene fra 1972 til i dag. Utenom Seksjon for allmennmedisin, fikk Paviljongen plass til Seksjon for fysioterapi og noen andre funksjoner.

#### *Nytt navn?*

Da allmennmedisin var plassert, kom også spørsmålet om et eget navn på dette huset opp. Førsteamanuensis i sosialmedisin og fastlege Siren Haugland fikk sammen med Steinar Hunskår sommeren 2003 i oppdrag å komme med et navneforslag på paviljongen. Etter diskusjoner i fagmiljøene ble forslaget

*Villads Nielsens hus.* I 2003 ble det markert at det norske offentlige helsevesen var 400 år. Den formelle foranledningen var at den danske medicus Villads Nielsen (ca. 1564–1616) fikk midler fra kongen i 1603 for å fortsette sitt virke som lege i provinsbyen Bergen i kongeriket Danmark-Norge.

Vi vet ikke mye om Villads Nielsen, men han var langt fra den første legen i Norge, og heller ikke den første med lønn fra det offentlige. Men som den første i Norge i et klart definert legeembete, står han som et sterkt symbol for de antydningene til et rudimentært helsesystem som vokste frem i Danmark-Norge i løpet av 1600-tallet. Han representerer begynnelsen på en rask og grunnleggende moderniseringsprosess, en prosess der ansettelsen av leger i dobbeltmonarkiets tjeneste kan tolkes som et uttrykk for statens evne og vilje til å ta ansvar for undersåttenes helse. Historien til det offentlige helsevesen i Norge starter derfor her, eller omtrent her. I 1603 hadde Villads Nielsen allerede vært i Bergen noen år og drevet legepraksis.

Navneforslaget fikk støtte i instituttet og ble oversendt til fakultetet og Bergen kommune. Men kommunen svarte tilbake at det var svært lite ønskelig med personnavn knyttet til bygninger, og det var en stor sak å få dette offisielt på plass. Med det var forslaget dødt, og det kjedelige, men dog beskrivende, navnet *Paviljongen* ble beseglet.

### *Lite fellesrom, men Spissøen ble sentral*

Ved rehabiliteringen måtte man bestemme balansen mellom kontorer og fellesrom. Skulle man innrede flere undervisningsrom og grupperom med tanke på at legestudentene kunne ha sin allmenmedisinundervisning i Paviljongen? Man prioriterte kontorplasser, og det ble bare prosjektert plass til et par grupperom, intet lunsjrom, og kopimaskiner og printere etc. ble plassert i korridorene. Men man bygde om tre kontoret til et konferanse- og undervisningsrom (figur 3). Og dette rommet fikk et navn som virkelig sto seg i alle år: *Spissøen*. Senere ga vi også navn til et lite møterom: *Humerfelt-rommet*.

*Spissøen* var verken spesielt stort eller avansert teknologisk innredet, men ble i alle årene i Kalfarveien det sentrale møterommet for undervisnings-, fag- og forskningsmøter, samt seminarer og markeringer knyttet til det samlede allmenmedisinske fagmiljøet. Og navnet var ikke tilfeldig valgt. Det ble laget en liten plakett som hang utenfor rommet:

#### **Møterom Spissøen**

Dette møterommet er oppkalla etter Kari Nilsdatter Spidsøen frå Moster, som var pasient ved Pleiestiftelsen. Overlege Gerhard Henrik Armauer Hansen vart i 1881 frådømt stilling si ved institusjonen etter å ha blitt dømt etter tiltalen:

«At det naadigst befales, at Læge ved Pleiestiftelsen for Spedalske No 1, konstitueret Overlæge for den spedalske Sygdom, Gerhard Henrik Armauer Hansen skal sættes



*Figur 3: Møte i Forskningsgruppen for allmennmedisin i møterommet Spissøen i 2017. Instituttleder og professor Guri Rørtveit orienterer om kommende planer for omorganisering av instituttet til fagområder som organisatoriske enheter. Rundt bordet fra venstre: Bjørn Bjorvatn, Anders Bærheim, Eivind Meland, Thomas Mildestvedt, Sabine Ruths, Kirsti Malterud og Siri Waage. Foto: Privat.*

under Justitiens Tiltale for den 3. November 1879 at have stukket den i nævnte Pleiestiftelse indlagte spedalske Pige Kari Nielsdatter Spidsøen<sup>1</sup> i Øiet med en Stærnaal, der kort i Forveien var ført gennem en Knude hos en af den knudede Form af Spedalskhed lidende Patient.»

Dommen var historisk og prinsipielt viktig, og trolig den første forsknings-etiske dom i Norge. Den satte klare grenser for hva man kan tillate seg å gjøre i fremskrittets og forskningens navn. Dommen fikk presedens ved en rekke senere rettsaker. Kari Nilsdatter fikk selv liten glede av dommen. Hun var kommet til Pleiestiftelsen i 1863, 16 år gammel. Året etter dommen ble hun etter søknad flyttet til St. Jørgens hospital, og der døde hun i 1884, 37 år gammel, etter mer enn 21 års innleggelse.

Fra lokalene i Ulriksdal brakte vi med oss en rekke kunstverk fra ulike epoker i instituttets historie. Noen er omtalt i tidligere kapitler. Kunstverkene ble plassert på passende vegger i Paviljongen. Spesielt må nevnes at i fellesarealet hang et maleri av Charlotte Fugelli og at møterommet Spissøen ble utsmykket av et bestillingsverk i form av tre malerier av Ole Frithjof Norheim, vår egen professor i medisinsk etikk (figur 4 og figur 5).

<sup>1</sup> Navnet ble i datiden skrevet som Kari Nielsdatter Spidsøen, slik som her i dommen. I all skriftlig framstilling i moderne tid er etternavnet skrevet som Spissøen. I pakt med dette ble møterommet derfor kalt Spissøen. Nå ville hun kanskje ha brukt navnet Spysøy, etter det som øya heter i dag.



Figur 4: «Uten tittel» – maleri i akrylteknikk av Charlotte Fugelli, ca. 1988. Maleriet hang i Ulriksdal 8c og ble tatt med til Paviljongen i 2003, der det hang i fellesområdet. Fugelli er utdannet ved Statens kunst- og håndverkskole, malerlinjen, Oslo (1981–1984) og ved Vestlandets kunstakademi i Bergen (1984–1985). Foto: Arngeir Berge.



Figur 5: Tre store malerier utsmykket bakveggen av møterommet Spissoen. De er malt av Ole Frithjof Norheim, professor i medisinsk etikk. Han skriver: «Jeg regner meg som søndagsmaler, er ikke profesjonell, og har aldri ønsket å selge malerier. Da låner eller gir jeg dem heller vekk. Bildene er del av en serie på mer enn 20 malerier som er inspirert av japanske steinhager, og da særlig en av de mest berømte som ligger i Zen-tempelet Ryoanji i Kyoto.» Bildene henger nå på Alrek, men på grunn av størrelsen er de splittet opp. Foto: Arngeir Berge.

## På ny jakt etter mer areal – Fra utvidelsesplaner lokalt til Alrek helseklynge

Instituttet flyttet inn i lokaler som akkurat rommet de miljøene som kom fra Ulriksdal 8c og Haukelandsområdet, inkludert Folkehelseinstituttet (Medisinsk fødselsregister). Men det var i praksis ingen ekspansjonsmuligheter. Instituttet fikk heller ikke lov av eiendomsavdelingen ved UiB til å «budsjettere» med ekspansjon. Dette ble fort en «varslet katastrofe». Alle miljøene ekspanderte, og nye enheter kom til, ikke minst innen primærhelsetjenesten og allmennmedisin.

Seksjon for allmennmedisin hadde relativt stabilt antall fast ansatte etter flyttingen til Paviljongen, mens prosjektansatte og stipendiater varierte noe. Likevel var det fleksibilitet nok til at alle fikk kontorplass eller kunne dele kontor. Kontorsituasjonen endret seg imidlertid fra 2005–2006, da først Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM) og deretter Allmennmedisinsk forskningsenhet (AFE) ble opprettet og organisatorisk plassert i Uni Research. Begge enhetene ble da eksterne leietakere, og fikk i sine leieavtaler hånd om spesifikke kontorplasser. Fra 2007 og senere ble situasjonen mer og mer prekær, kontordeling ble regelen, og det ble planlagt at stipendiater kanskje måtte flytte til kjelleren i hovedbygget.

Nasjonalt folkehelseinstitutt ble opprettet i 2002 og overtok da formelt ansvaret for Medisinsk fødselsregister. Det skjedde en samlokalisasjon av flere registre under en felles ledelse, men fordelt på Oslo og Bergen. I 2007 hadde FHI mer enn 50 ansatte i Bergen, og hadde stadig behov for mer plass. Det endte med at Folkehelseinstituttet sa opp leieavtalen i Kalfarveien og i 2016 flyttet til sentrum, der de fortsatt holder hus. Men før det, var det mange prosesser for å holde instituttet samlet og å skaffe mer plass lokalt.

Det ble lansert ulike idéer for hvordan man kunne utvikle eiendommen til å huse flere kontorarbeidsplasser. Men hovedbygningen var vernet, og det var avgrensninger mot motorveien i nord og jernbanen i vest. Flere alternativer ble utredet: Ulike former for brakkebygg på parkeringsplassen foran hovedhuset ble inntegnet, og et større bygg i parken nord for legesenteret ble også prosjektert. En ganske vill, men spennende idé, var å rive Paviljongen og å bygge et 5–7 etasjers bygg nedover i bakken, med gjen-skaping av den klassiske hagen på taket (parkeringsplassen), inngang fra toppen og med første etasje på nivå med jernbanesporene. Det ble også gjort sonderinger om kjøp eller leie av bygninger på oversiden av Kalfarveien.

To prosesser gjorde at disse planene ikke ble eller trengte å bli videreført. For det første gjorde oppsigelsen og utflyttingen fra Folkehelseinstituttet at universitetsinstituttet egentlig fikk for mye areal! For det andre hadde planene om å flytte til Årstadvollen slått rot. Først som et avgrenset prosjekt



for å skaffe mer plass til instituttet, der spørsmålet var enten rehabilitering av det gamle odontologibygget eller rive og bygge nytt i Årstadveien 17. Men inn fra siden og som en ny hovedplan, kom planene om å lokalisere en *helseklynge* på Årstadvollen.

Et alternativ som ble diskutert, var å gjøre Paviljongen om til et rent undervisningsbygg, med flere større undervisningsrom og mange grupperom. Men kostnadene var høye, og verken instituttet eller fakultetet var innstilt på investeringen. I 2016 kunne derfor alle universitetsansatte unntatt de fra allmennmedisin flytte til hovedhuset, etter at Folkehelseinstituttet hadde flyttet ut. NKLM og AFE (ved eieren Uni Research AS) inngikk leieavtale om hele Paviljongen, unntatt sørfløyen, der allmennmedisin holdt til, med til sammen ca. 650 kvm. Som ledd i dette betalte også Uni Research for oppgradering av lokaler, inkludert nytt felles lunsjrom (figur 6). Nå hadde vi i sannhet i bokstavelig forstand et allmennmedisinsk hus i Bergen!



*Figur 6: Fra det nye felles lunsjrommet i Paviljongen i 2016. Fra venstre og rundt bordet: Merete Allertsen, Knut Arne Wensaas, Guri Rørtveit, Bjørn Bjorvatn, Tine Almenning Flaa, Anne Lise Hagaseth, Jorun Seim Tennebekk, Kjersti Alsaker, Lisa Marie Haraldseide, Tone Morken, Valborg Baste, Ingrid Keilegavlen Rebnord, Silje Tollefsen, Janecke Thesen (bak), Esperanza Diaz, Sabine Ruths, Signe M. Zachariassen og Sverre Litleskare. Foto: Esperanza Diaz.*

For Institutt for global helse og samfunnsmedisin og de allmenntedisinske enhetene i Paviljongen endte historien til slutt med at vi alle flyttet til et flott nybygg i Alrek helseklynge i 2020. Historien om dette er imidlertid omtalt i et eget kapittel.

### **Instituttet ledelse og organisering 2003–2022**

Instituttene ved Det medisinske fakultet hadde i mange år leder som fulgte med en professorstilling, som ofte var den eneste i faget. Fra omkring 1990 skjedde omorganiseringer og en demokratisering, ved at instituttstyrer ble valgt og at det ble opprettet et styre eller et råd som del av lederskapet. Slik var det også ved Institutt for samfunnsmedisinske fag, der professor Grethe Tell var valgt instituttleder før og under flytteprosessen.

I 2005 vedtok universitetsstyret at instituttlederne skulle tilsettes etter åpen søknad, der også eksterne kunne søke. Første tilsatte leder ved instituttet ble førsteamanuensis Anne Kjersti Dalveit fra høsten 2005. Hun fungerte til sommeren 2007, da professor Ander Bærheim fra allmenntedisin tok over i ett år, før professor Rolv Terje Lie var instituttleder i to tilsattperioder fra 2008 og frem til 2016. Fra 2016 har Guri Rørtveit, professor i allmenntedisin, vært instituttleder og hun er nå (2022) i sin andre fireårsperiode (2020–2024).

Etter flyttingen til Kalfarveien var organiseringen den samme, instituttet besto av seksjoner som sto for forskning og undervisning innen sine respektive fag. Dette ble endret i 2008 da forskergruppene ble den bærende organisatoriske enheten. Allmenntedisin fortsatte som en stor, felles *Forskningsgruppe for allmenntedisin*, og *Seksjon for allmenntedisin* ble formelt historie fra 2010. I 2018 skjedde enda en omorganisering, og instituttet ble inndelt etter fagområder, og *Fagområde for allmenntedisin (FAM)* ble dannet. Disse endringene er nærmere omtalt i kapitlene om forskning og undervisning.

Navnet på instituttet ble endret i 2013 fra *Institutt for samfunnsmedisinske fag (ISF)* til *Institutt for global helse og samfunnsmedisin (IGS)*. Heller ikke denne gangen kom allmenntedisin eller primærhelsetjeneste til syne i navnet, men det nye engelske navnet ble *Department of Global Public Health and Primary Care*, slik at internasjonalt ble primærhelsetjenesten markert. Bakgrunnen for navneskiftet var at ISF ble slått sammen med *Senter for internasjonal helse*, et forsknings- og utdanningsmiljø av betydelig størrelse som holdt til på Årstadvollen i Overlege Danielsens Hus. Der er de fortsatt, og fra 2020 er senteret derfor geografisk plassert sammen med resten av instituttet i Alrek helseklynge.

## 5.1 Forskingen etter tusenårsskiftet (2003–2021)

*Michael 2022; 19: Supplement 29: 202–14.*

*Allmennmedisin favner bredt, og forskningsaktiviteten i vårt fagmiljø reflekterer dette mangfoldet. Vi har god kompetanse innen epidemiologi, klinisk forskning og kvalitative forskningsmetoder, og vi er opptatt av å utvikle kunnskap av høy kvalitet med relevans for fastleger og deres pasienter. Fagområdet har prosjekter hovedsakelig innen temaene urologi, søvn, eldrehelse, infeksjonsmedisin, migrasjonshelse, bruk av primærhelsetjenester både hos fastleger og i legevakt, helsefremmende arbeid, kommunikasjon og undervisning.*

Fra starten i 1972 og helt til 2008 var det et felles fagmiljø som hadde ansvaret for hele den akademiske virksomheten, enten det var forskning, legenes grunn- videre- og etterutdanning, formidling, offentlig debatt eller deltakelse generelt i allmennmedisin som klinisk fagområde. Dette var uavhengig av om miljøet var eget institutt (Institutt for allmennmedisin 1972–1990) eller en Seksjon for allmennmedisin (SAM) i Institutt for samfunnsmedisinske fag (ISF) fra 1991. Dette endret seg ved en omorganisering fra 2008. Dette kapitlet handler om forskningen fra om lag 2003, da vi flyttet fra Ulriksdal til Kalfarveien, og frem til i dag.

### **Organisasjon og forskningsledelse fra 2003 til i dag**

Seksjon for allmennmedisin (SAM) som ivaretok all akademisk virksomhet, ble ledet av Steinar Hunskår i perioden 2003–2006 og av Edvin Schei 2007–2009. ISF vedtok så i 2008 en omorganisering fra fagseksjoner til forskergrupper og faggrupper. SAM ønsket likevel å fortsette sin virksomhet i størst mulig grad som et samlet fagmiljø, med tanke på akademisk kryssbefrukning, utvikling av felles prosjekter og veiledning, og komplementært potensiale av kvantitative og kvalitative forskningsmetoder.

De fleste av SAMs ansatte fortsatte derfor sin forskning i regi av en stor, felles Forskningsgruppe for allmennmedisin (ALFO). Undervisning og andre faglige aktiviteter ble samlet i Faggruppe for allmennmedisin (ALFA). Forskningsgruppen ble ledet av Esperanza Diaz i årene 2010–2012 og av Bjørn Bjorvatn 2013–2017. I forbindelse med en omorganisering av Seksjon for sosialmedisin, ble Forskningsgruppe for helsetjenesteforskning (HELFO) også innlemmet i allmennmedisinmiljøet i 2008, men fortsatte som egen forskningsgruppe, ledet av Sturla Gjesdal. Senter for alders- og sykehjemsmedisin (SEFAS) med Bettina Husebø og stipendiater forlot Forskningsgruppe for allmennmedisin i 2017 og dannet egen forskningsgruppe.

I 2018 skjedde en ny omorganisering. Etter en prosess ledet av den nye instituttstyreren Guri Rørtveit, ble det besluttet at Institutt for global helse og samfunnsmedisin (IGS) skulle inndeles etter fagområder, og ikke lenger etter forskningsgrupper. Fagområde for allmennmedisin (FAM) ble dannet. Hensikten var å spisse kompetansen på prioriterte områder, gjennomføre forskning av høy kvalitet, og utvikle store nok prosjekter for å kunne søke finansiering fra Norges forskningsråd. Fagområdene skal fungere som en paraplystruktur for forskning, undervisning, utvikling og formidling. Diaz ledet FAM i perioden 2018–2020, Thomas Mildestvedt overtok i 2021. De fast ansatte skulle finne sammen i forskningsgrupper i eller på tvers av fagområdene. Forskningen i FAM er nå samlet i fire forskningsgrupper (2021).

*HELFORSK, Gruppe for helsetjenesteforskning*, der HELFO ble assimilert. Forskningen fokuserer på helhetlige og likeverdige primærhelsetjenester, på system- og tjenestenivå. Stefan Hjørleifsson leder gruppen.

*SMIL, Forskningsgruppe for søvn, muskelskjelett, infeksjon og laboratoriemedisin*. SMIL fokuserer på praksisnær klinisk forskning med relevans for allmennmedisin. Bjorvatn er leder.

*HEMIX, Forskningsgruppe for helsefremming og migrasjonshelse*. Forskningen er særlig rettet mot personer med rusavhengighet og migranter, men har også et bredere folkehelseperspektiv. Leder er Lars Thore Fadnes.

*MedUt, Gruppe for medisinsk utdanningsforskning*. MedUt fokuserer på forskning, teoriutvikling og kunnskapsimplementering innen medisinsk utdanning, med allmennmedisinsk relevans. Schei er leder.

De nye forskningsgruppene har egne møter og forskningsstrategier. Ledelse av de ulike forskningsgruppene har gått på omgang i kollegiet på frivillig basis. Hele Fagområdet samles imidlertid fortsatt til et felles forskningsmøte hver uke («Akademimøtet»), og til stabsmøter annenhver uke. I Akademimøtene inngår prosjektpresentasjoner, langsgående tema, midtveisevalueringer og mer strategiske temaer og diskusjoner (figur 1).



*Figur 1: De allmennmedisinske forskningsmiljøene har sitt ukentlige akademimøte. Her fra møterommet Tarlebø i Alrek helseklynge i oktober 2021. Knut Erik Emberland (helt til høyre) har «prøve-prøve-forelesning» over oppgitt emne for disputasen, der deltakerne i møtet gir råd og tilbakemeldinger på den foreløpige presentasjonen. Foto: Berit Øxnevad-Gundersen.*

Fagmiljøet har også i mange år hatt en samling på Solstrand over to dager, med både forskning, undervisning og strategiarbeid på programmet (figur 2).

Fagområdets forskningsaktiviteter er nært koblet til to samlokaliserte enheter, Allmennmedisinsk forskningsenhet (AFE) og Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM), begge er organisert i NORCE, er partnere i Alrek helseklynge og omtalt annet sted i boken. Flere forskere i NKLM og AFE har strategiske bistillinger som enten professor eller førsteamanuensis ved IGS/FAM og dermed i forskningsgruppene. Disse miljøene samarbeider på mange aktuelle områder, med felles prosjekter og veiledning av ph.d.-kandidater. Samarbeidet er en styrke for alle parter, men har også et element av konkurranse når det gjelder ekstern finansiering og rekruttering av forskere.



*Figur 2. Fagområde for allmennmedisin på Solstrandseminar i 2018. Fra venstre: Tine Flaa, Christian Brinch, Anders Bærheim, Satya Sharma, Gunnar Bondevik, Gunhild Felde, Guri Rørtveit, Eivind Meland, Esperanza Diaz, Jesper Blinkenberg, Stefan Hjørleifsson, Siri Waage, Bjørn Bjorvatn, Kathy Møen, Øystein Hetlevik, Thomas Omdal, Wegdan Hasha, Sverre Litlekare, Lars Thore Fadnes, Elisabeth Strømme, Edvin Schei, Thomas Mildestvedt, Jørn Henrik Vold, Ragnhild Lundetrø, Christer Aas og Knut Erik Emberland. Foto: Privat.*

## Vitenskapelig aktivitet

Nedenfor presenterer vi historie og hovedtrekk for noen store forsknings-temaer i forskningsgruppene. Andre temaer samt internasjonalt samarbeid omtales i andre kapitler.

### *Urologi og bekkenbunnssykdommer*

Steinar Hunskaar startet sin forskningsgruppe med temaet urininkontinens før 1990. Forskningstemaene og metodene var litt ulike de første årene. Tusenårsskiftet markerte en tydelig endring i metodevalg og forskningskvalitet. Forskningsgruppen fikk innpass med inkontinensspørsmål i to store befolkningsundersøkelser, Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT) og Hordalandsundersøkelsen (HUSK). Epidemiologi ble hovedmetoden

de neste tjue årene. Totalt sett er det publisert mer enn 100 originalartikler fra inkontinensfeltet og 14 personer har disputert i årene 1995–2020.

Data fra mer enn 30 000 kvinner i HUNT kunne kobles mot Medisinsk fødselsregister og senere Den norske mor-barn-undersøkelsen. Det ble gitt støtte til et større NFR-prosjekt, og artikler fra det som ble kalt EPIN-CONT-prosjektet ble publisert i *New England Journal of Medicine* (inkontinens og fødsler) og *BMJ* (inkontinens og arvelighet) (se referanseliste). Resultatene ble verdenskjente, bergensgruppen fikk internasjonal anerkjennelse og artiklene referert til som standardartikler på området. Guri Rørtveit har senere ledet to prosjekter med internasjonalt samarbeid, om vaginal prolaps (California, USA) og urininkontinens blant kvinner i Etiopia.

Hordalandsundersøkelsen er en observasjonsstudie der en kohort på mer enn 2000 kvinner er blitt fulgt siden 1997 med spørreskjema hvert andre år. Den pågår fortsatt, med ulike tema innen kvinnesykdommer, spesielt urininkontinens og klimakteriet.

#### *Søvn, døgnrytme og mental helse*

En annen svært produktiv gruppe, ledet av Bjorvatn, har hovedfokus på søvn og søvnproblemer. Gruppen har gjennomført randomiserte kontrollerte studier på ikke-medikamentell behandling av insomni og melatonin/lysterapi av døgnrytmelidelser. Det har vært forsket spesifikt på søvn og søvnproblemer hos barn, ungdom og eldre. I tillegg har gruppen fokusert på epidemiologiske studier av ulike aspekter ved søvnproblemer. Gruppen har fått støtte fra Helse Vest, NFR, UiB, Nordforsk og oljeindustrien til å studere søvn og helse-effekter av skiftarbeid. Bjorvatn, Siri Waage og medarbeidere har blant annet fulgt en gruppe sykepleiere med årlige spørreundersøkelser i over 10 år med tanke på konsekvenser av å jobbe skift.

Bjorvatn og medarbeidere har i tillegg en rekke publikasjoner relatert til angst/depresjon, utmattelse og sykefravær. Han har vært opptatt av samarbeid på tvers av institutter og fakulteter, og han har også etablert et stort internasjonalt nettverk. Samarbeidet har vært spesielt fruktbart med forskere fra Det psykologiske fakultet og Nasjonal kompetansetjeneste for søvnsykdommer ([www.sovno.no](http://www.sovno.no)) ved Haukeland universitetssjukehus, hvor Bjorvatn er leder. Bjorvatn har publisert over 240 originalartikler og veiledet 8 ph.d.-kandidater utgått fra IGS.

#### *Eldre- og sykehjemsmedisin*

Erfaringer som sykehjemslege har inspirert Sabine Ruths til å bygge opp forskningen innen feltet eldrehelse. Legemiddelbehandling i sykehjem var hovedtemaet de første årene, eksempelvis «Bergen district nursing home

(BEDNURS)-study. Epidemiologiske, kvalitative og intervensjonelle metoder ble kombinert for å undersøke omfang, kvalitet og konsekvenser av legemiddelbruk, og forskningen resulterte i fire doktoravhandlinger. Systematisk legemiddelgjennomgang ble brukt i forskning for første gang i Norge, dette ble senere innlemmet i Nasjonal helse og omsorgsplan (2011–2015).

Et annet viktig forskningstema er smerter og søvn hos sykehjemspasienter med demens, med fokus på ikke-medikamentell behandling, metodeutvikling og effektforskning. Bjorvatn og Husebø har vært involvert i tre doktorgradsprosjekter. Et tredje forskningstema handler om livets slutt i sykehjem og hos hjemmeboende. Legens rolle, pasienters ønsker og bruk av helsetjenester er belyst i tre ph.d.-prosjekter, ledet av Margrethe Schaufel, Ruths, Malterud og Hunskaar. Med støtte fra den nasjonale forskerskolen i allmennmedisin, NAFALM, gjennomførte stipendiatene studieopphold i Australia, Nederland og USA.

Allmennmedisinsk forskning på eldrefeltet har resultert i rundt 60 originalartikler og ti doktoravhandlinger.

### *Infeksjonssykdommer*

Samarbeid, fleksibilitet og lokal forankring har vært sentralt for at våre forskningsmiljø er blitt ledende på utbruddsforskning. Det begynte med Giardia-utbruddet i Bergen i 2004, der man kartla utbruddet ved to legecentre og etablerte et godt samarbeid med infeksjonsleger ved UiB/Helse Bergen. Giardia-pasientene ble fulgt opp i 10 år etter utbruddet med hensyn til irritabel tarm syndrom og kronisk utmattelse. Kompetansen som ble opparbeidet, har blitt utnyttet i senere utbrudd.

Da pandemien med H1N1 influensa-virus («svineinfluensa») i 2009 nådde Norge, kartla gruppen omfanget på et utvalg fastlegekontor i Bergen, og register-data ble brukt for å studere legesøkning nasjonalt hos fastleger og legevakt. Erfaringene ble brukt i et nytt registerprosjekt, «Antibiotikabruk og infeksjoner i primærhelsetjenesten i Norge» (APRINOR), om bruken av antibiotika ved gastroenteritter, urinveisinfeksjoner og luftveisinfeksjoner.

Da et stort utbrudd med *Campylobacter*-infeksjon rammet Askøy i 2019, ble det gjennomført en omfattende datainnsamling under utbruddet og 3, 7 og 12 måneder senere. Siden 2020 er gruppen involvert i flere prosjekter knyttet til koronapandemien, blant annet kartlegging av et lokalt utbrudd av Covid-19 i Ulvik i januar 2021 og analyser av nasjonale data fra primærhelsetjenesten i samarbeid med AFE, NORCE og Folkehelseinstituttet.



Infeksjonsgruppen består av forskere fra IGS og AFE og ledes av Guri Rørtveit. Forskingen har resultert i en lang rekke publikasjoner og en serie doktorgrader.

### *Migrasjonshelse*

Motivert av egne erfaringer som fastlege, ble Esperanza Diaz nysgjerrig på hvordan innvandrerbakgrunn hos legen og/eller pasienten spilte inn på legekantoret. Først undersøkte hun og Hjørleifsson erfaringer blant leger med innvandrerbakgrunn. I 2008 satte Diaz i gang registerbaserte studier, der bl.a. Hunskår, Sandvik og Ruths bidro for å beskrive helsen blant innvandrere i Norge. Prosjektet har resultert i rundt 30 publikasjoner.

Etter hvert ble behovet tydelig for bedre helsetjenester for enkelte grupper. Et prosjekt om cervixcytologi-screening blant innvandrerkvinner ble finansiert av Kreftforeningen, og resulterte i den første doktorgraden innen migrasjonshelse i Bergen (Kathy Møen). Et stort prosjekt om helseforhold hos syriske flyktninger ble finansiert av Forskningsrådet (2017–2021), og ble nylig avsluttet med tre doktoravhandlinger. NFR har støttet en videreføring av prosjektet med 12 millioner kroner for årene 2021–2025. Diaz er prosjektleder og Lars Thore Fadnes deltar på begge NFR-prosjektene.

### *Bruk av primærhelsetjenester*

Allmennmedisinmiljøet har benyttet koblete data fra nasjonale helse-, velferds- og populasjonsregistre, og bygget opp god kompetanse på registerstudier. Det er særlig Kontroll og utbetaling av helserefusjoner (KUHR), Reseptregisteret, Forløpsdatabasen-trygd, Folkeregisteret og Utdanningsdatabasen som brukes for å studere bruken av primærhelsetjenestene og forhold som ulikhet.

Forskningsgruppen for helsetjenesteforskning (HELFO) ved Sturla Gjesdal og Øystein Hetlevik belyste fastlegetjenester og sykefravær relatert til psykiske og muskelskjelett-plager, samt langtidsforløp hos pasienter etter et rehabiliteringsopphold. Andre grupper har forsket på legesøkning og legemiddelbruk blant innvandrere (Diaz og andre), bruken av antibiotika ved vanlige infeksjoner (Rørtveit, Knut-Arne Wensaas, Knut Eirik Eliassen, Ingrid Rebnord med flere), sykefravær blant skiftarbeidere (Bjorvatn og medarbeidere), bruken av kommunal legevakt og innleggelse (Hunskår, Zakariassen og andre) og depresjonsomsorg i allmennpraksis (Ruths, Hetlevik, Hjørleifsson og flere).

### *Helsefremmende arbeid*

Effekter av helsefremmende arbeid ved de kommunale frisklivssentralene ble undersøkt i en kontrollert studie finansiert av NFR (2014–2018) og som ble ledet av Eivind Meland og Thomas Mildestvedt. Meland har over mange år deltatt i et folkehelseprosjekt blant ungdom i Sogn og Fjordane, og Mildestvedt leder nå et prosjekt om samlivsproblemer på fastlegekontoret.

### *Medisinsk kunnskapssyn og terapeutisk teori*

Det allmennmedisinske miljøet i Bergen har en sterk tradisjon for teoriutvikling og kritisk refleksjon rundt medisinske kunnskapstradisjoner og selvforståelse, ofte med en fagkritisk vinkling solid forankret i kliniske praksiserfaringer, kombinert med innsikt fra filosofi og samfunnsfag. Kirsti Malterud er en pioner i feltet og har gjennom mange publikasjoner bidratt til å gjøre kvalitativ forskning stueren i medisinen, og utviklet egne metoder som gjennom artikler og bøker har fått stor utbredelse. Tematisk har Malterud satt lys på marginaliserte og lavstatusgrupper blant pasientene, som homofile og lesbiske, og personer med uforklarte medisinske symptomer, som kronisk utmattelsessyndrom.

Schei har arbeidet med å beskrive legerollens makt, ansvar og terapeutiske muligheter, med inspirasjon fra nærhetsetikk og dydsetikk. De senere årene har han særlig forsket på dannelse av profesjonell identitet i legeutdanningen.

### *Undervisningsforskning*

Anders Bærheim og kollegaer har drevet følgeforskning på innovative undervisningstiltak, blant annet på undervisning av pasientsentrert medisin og læring i tverrprofesjonelle grupper (Senter for tverrprofesjonell samarbeids- læring, TVEPS). En nasjonal gruppe ledet fra UiO (EKKO) med Bærheim som deltaker fra Bergen, har gjennom 15 år drevet forskning på kommunikasjon med stor produktivitet. Schei har sammen med kanadiske kollegaer skrevet om mentorordninger for medisinstudenter, og om refleksjon i medisinsk utdanning.

Prosjektet «Flere praksisplasser og bedre veiledning for medisinstudenter på fastlegekontorene (FRONESIS)» har som formål at medisinstudenter i Norge har et tilstrekkelig antall praksisplasser i primærhelsetjenesten, med god kvalitet og kompetente praksisveiledere. Følgeforskning skal undersøke effektene av tiltakene, og det skal utvikles en nasjonal praksisveilederutdanning. Prosjektet startet opp i 2021 og har et budsjett på 18 millioner kroner, hvorav 10 millioner fra DIKU. Hunskaar er prosjektleder, og Gunnar Bondevik og Schei deltar i prosjektgruppen.



*Figur 3. På kongressreise til WONCA 2016 i København. Fra venstre: Kirsti Malterud, Kristian Jansen, Inger Haukenes, Sabine Ruths og Anette Fosse.  
Foto: Privat.*

### *Felles allmennmedisinsk forskning i Bergen – FAMFIB*

Initiert av Bjorvatn har allmennmedisinmiljøet gjennomført 1–2 årlige felles prosjekter siden 2014. Hensikten er å fremme samhold og samarbeid innad i fagområdet. Datainnsamlingen er basert på et enkelt spørreskjema som fylles ut av pasienter eller fastleger, og gjennomføres av medisinstudenter i 11. semester i praksisperioden i allmennmedisin. På omgang lager FAM-ansatte ny protokoll og spørreskjema for hvert studieår. Studentene får på denne måten lære om hvordan forskning kan skje, kanskje rekrutteres nye forskere, og de får bidra til vitenskapelige publikasjoner. Publikasjoner basert på FAMFIB-prosjektene er oppført i litteraturlisten.

### **Forskningsproduksjon**

Det felles allmennmedisinmiljøet har lenge hatt en stor produksjon av vitenskapelige artikler publisert i fagfelleverderte tidsskrift. Samlet publikasjonsliste for hele forskningsgruppen foreligger ikke for hvert enkelt år. Men det var en betydelig økning i antall vitenskapelige publikasjoner, fra 50–70 publikasjoner årlig i perioden 2005–2010 til mer enn 110 publikasjoner i 2020. I tillegg kommer et stort antall populærvitenskapelige publikasjoner, bøker, bokkapitler og medieoppslag. Etter 2005 har om lag 80 personer disputert med hovedveiledning fra fagområdets tilsatte. Doktoravhandlingene er nærmere omtalt i eget kapittel. Det er stor grad av overlapping i publikasjoner og avhandlinger mellom FAM, AFE og NKLM.

Allmennmedisinmiljøet presenterer sin forskning også på konferanser, slik som Nordisk kongress i allmennmedisin (NCGP), WONCA, European General Practice Research Network (EGPRN), og ulike fag- og emnespesifikke konferanser nasjonalt og internasjonalt (figur 3). Gunnar Bondevik er leder av vitenskapelig komité for 22. nordiske kongress i allmennmedisin, som avholdes i Stavanger sommeren 2022. Hetlevik og Ruths er også medlemmer i vitenskapelig komité, og Hjørleifsson i hovedkomitéen.

### **Forskerutdanning og -finansiering**

Ansatte ved Fagområdet for allmennmedisin veiledet i 2021 om lag 25 ph.d.-kandidater, og bidrar i tillegg med veiledning av kandidater som utgår fra andre forskningsgrupper og institutter.

*Allmennpraktikerstipend*, som tildeles to ganger årlig av allmennmedisinsk forskningsutvalg (AFU) i legeföreningen har i alle år vært en viktig finansieringskilde for å rekruttere klinikere til allmennmedisinsk forskning. I perioden 2004–2020 har bergensmiljøet mottatt minst 270 månedsverk stipendmidler via AFU. UiB har vært representert i AFU ved Meland frem til 2007 og 2014-d.d., Ruths 2008–2011 og Hjørleifsson 2012–2013.

Mange av våre ph.d.-stipendiater har fått finansiering fra *Allmennmedisinsk forskningsfond* (AMFF). I perioden 2008–2021 har om lag 40 UiB-kandidater fått tildelt stipendmidler fra AMFF, og 24 av disse har disputert ved utgangen av 2021. Bergen har vært representert i styret for AMFF ved Malterud i perioden 2012–2019, Bjorvatn overtok i 2020. I fagrådet satt Bondevik 2007–2011, Ruths 2012–2013, Hjørleifsson 2014–2019 og Hetlevik fra 2020. I tillegg har mange av våre stipendiater hatt doktorgradsstipend fra UiB, Helse Bergen og Forskningsrådet.

### Nasjonal forskerskole i allmennmedisin – NAFALM

NAFALM ble opprettet i 2013 og er finansiert av Norges forskningsråd til og med 2021. Forskerskolen er et samarbeid mellom Universitetet i Oslo, Universitetet i Bergen, NORCE, NTNU og Universitetet i Tromsø. NAFALM har som mål å heve kvaliteten på den allmennmedisinske forskningen i Norge,



*Figur 4. Det første kullet i NAFALM (2013) på samling på Hardingasete i Tørvikbygd i Hardanger. Bak fra venstre: Kristian Jansen (UiB), Bjarne Austad, Nilam Shakeel, Elin Olaug Rosvold (leder NAFALM), John-Tore Eid, Johanna Laue og Odd Martin Vallersnes. Foran fra venstre: Reidun Sandvik (UiB), Ingvild Vik, Frøydis Gullbrå (UiB), Kristian Simonsen (UiB), Hege Therese Bell, Anette Fosse (UiB), Åse Ruth Eggemoen og Anja Brænd. Foto: Siri Jensen.*

og er spesielt rettet mot det allmennmedisinske fagfeltet. I tillegg til å tilby kurs, legger forskerskolen vekt på nettverksbygging for studenter og veiledere. Dette skjer blant annet gjennom samlinger, nettbaserte møter og støtte til utvekslingsopphold ved utenlandske universiteter. NAFALM har skapt ny giv for allmennmedisinsk forskerutdanning og for allmennmedisinsk forskning generelt. I perioden 2013–2021 har til sammen 118 stipendiater vært tilknyttet NAFALM, 44 av disse er fra Bergen (figur 4).

Representant fra Bergen i NAFALMs styringsgruppe var Rørtveit 2013–2017, Ruths 2016–2020 og Sverre Litleskare fra 2021. Vitenskapelig koordinator i Bergen har vært Ruths 2013–2015 og Hjørleifsson fra 2016. Bergensmiljøet har arrangert kurs i allmennmedisinsk forskningsformidling årlig, og kurs i kvalitative metoder i allmennmedisinsk forskning annet hvert år.

### **NFRs evaluering av allmennmedisinsk forskning**

Norges forskningsråd gjennomførte i 2011 en evaluering av medisinsk og helsefaglig forskning for perioden 2005–2010. Rapporten slo fast at Forskningsgruppen for allmennmedisin hadde en stor vitenskapelig produksjon målt i antall publikasjoner og doktorgrader, med høy relevans i forhold til klinisk praksis. Forskingen innen temaene urologi og bekkenbunnssykdommer, søvnforstyrrelser og bruken av kvalitative metoder i forskningen om lege-pasient kommunikasjon og marginaliserte grupper, ble vurdert som internasjonalt ledende.

De allmennmedisinske forskingsmiljøene i Bergen kom samlet sett svært godt ut. Vi fikk karakter på høyde med, og dels bedre enn mange av forskingsmiljøene ved universitetsklinikkene. På en skala fra 1 (weak) til 5 (excellent) fikk Forskningsgruppe for allmennmedisin karakteren 4 (very good), AFE 3-4 og NKLM 2-3. Samlet sett var vi det største og beste forskingsmiljøet i allmennmedisin i landet, gitt de kriteriene som ble brukt i evalueringen.

Panelet anbefalte imidlertid at man burde konsentrerte ressursene ytterligere, ettersom det var få heltidsansatte forskere og få postdok-stillinger. Det ble også anbefalt å utnytte registerbaserte data bedre og å styrke det eksterne samarbeidet. Om lag 10 år etter NFRs evaluering har Fagområdet for allmennmedisin innfridd de fleste av panelets anbefalinger. Forskingen har blitt omorganisert i fire grupper med større grad av homogenitet. Flere av professorene er nå ansatt i fulltidsstillinger, men miljøet har fortsatt få postdok-stillinger. Mange prosjekter benytter koblede data fra nasjonale helse-, velferds- og populasjonsregistre for å studere bruk av primærhelsetjenestene og ulikhet. Forskergruppene samarbeider bredt, både nasjonalt og internasjonalt.

## Litteratur

- Berge SD, Meland E, Brekke M, Bondevik GT, Thuen F, Mildestvedt T. Couple relationship problems – a task for the general practitioner? A cross-sectional survey from Norway. *Fam Pract* 2021; 38: 115-120.
- Bjorvatn B, Meland E, Flo E, Mildestvedt T. High prevalence of insomnia and hypnotic use in patients visiting their general practitioner. *Fam Pract* 2017; 34: 20-24.
- Bjorvatn B, Wensaas KA, Emberland KE, Fadnes LT, Litleskare S, Diaz E, Ruths S, Rørtveit G, Waage S. Rastløse bein – en studie fra allmennpraksis. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2021; 141: 1516-21.
- Falskog F, Landsem AM, Meland E, Bjorvatn B, Hjelle OP, Mildestvedt T. Patients want their doctors' help to increase physical activity: a cross sectional study in general practice. *Scand J Prim Health Care* 2021; 39: 131-138.
- Hannestad YS, Lie RT, Rørtveit G, Hunskaar S. Familial risk of urinary incontinence in women: population based cross sectional study. *BMJ* 2004; 329: 889-891.
- Hetlevik Ø, Garre-Fivelsdal G, Bjorvatn B, Hjørleifsson S, Ruths S. Patient-reported depression treatment and future treatment preferences: an observational study in general practice. *Fam Pract* 2019; 36: 771-777.
- Hjørleifsson S, Bjorvatn B, Meland E, Rørtveit G, Hannestad Y, Bondevik GT. The when and how of the gynaecological examination: a survey among Norwegian general practitioners. *Scand J Prim Health Care* 2019; 37: 264-270.
- Mildestvedt T, Herikstad VV, Undheim I, Bjorvatn B, Meland E. Factors associated with self-rated health in primary care. *Scand J Prim Health Care* 2018; 36: 317-322.
- The Research Council of Norway. *Evaluation of biology, medicine, and health research in Norway: Public health and health-related research*. ISBN 978-82-12-02998-9. Oslo, 2011.
- Rørtveit G, Daltveit AK, Hannestad YS, Hunskaar S. Norwegian EPINCONT Study. Urinary incontinence after vaginal delivery or cesarean section. *N Engl J Med* 2003; 348: 900-907.

## 5.2 Undervisning i allmennmedisin etter tusenårsskiftet

*Michael 2022; 19: Supplement 29, 215–37.*

*Allmennmedisin står nå sterkt i grunnutdanningen av leger i Bergen, der akademikere fra det allmennmedisinske miljøet har hatt framtreddende roller i utviklingen av den eksisterende studieplanen fra 2015. Dette kapitlet omhandler den allmennmedisinske delen av legeutdanningen de siste tjue årene, etter at vi flyttet til Kalfarveien og til vi nå er installert i Alrek helseklynge, begge steder med vesentlig bedre egne undervisningslokaler og nærhet til studentene enn det vi hadde de første 30 årene av instituttets historie. Den nåværende studieplanen, Medisin 2015, økte den allmennmedisinske innflytelsen, samtidig som faglig integrering og bortfall av egen termin og eksamen kan medføre usynliggjøring. Fagområde for allmennmedisin har sterkt fokus på undervisning og pedagogikk, driver aktiv stabsutvikling og har innvirkning på legeutdanningen langt utover eget fag.*

La oss begynne dette kapitlet med en hypotese, som verken kan bevises eller motbevises, men som passer godt i en selvgratulerende bok som denne: Det er sannsynlig at allmennmedisinere ved universitetene utvikler god undervisning, fordi undervisning og utdanning har sterke fellestrekk med pasient-sentrert medisin i en velfungerende allmennpraksis.

### **Allmennmedisinsk påvirkning av legeutdanningen i Bergen**

Observasjoner og erfaringer gjennom 50 år med allmennmedisin kan belegge hypotesen ovenfor. Etter at allmennmedisin ble undervisningsfag i Bergen på 1970-tallet, har vårt miljø og våre faglige verdier satt et større preg på legeutdanningen, studieledelsen og fakultetets holdning til undervisning, enn vårt beskjedne antall medvirkende personer skulle tilsi. Vårt miljø har alltid hevdet, og vist i praksis, at undervisningen og utdannings spørsmål er viktige, og må få en riktig balanse i forhold til forskningsoppgavene. Og





*Figur 1: Fra et utdanningsseminar ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin i 2020. Edvin Schei, som var studieleder ved instituttet en rekke år fram til 2021, innleder her foran deltakere på tvers av fagområdene. Slike utdanningsseminar tar over tid opp et mangfold av temaer innen pedagogikk og undervisning, med tanke på kompetanseheving og stabsutvikling av de vitenskapelig ansatte. Foto: Privat.*

kanskje er det da ikke tilfeldig at da fakultetet for første gang kåret «meriterte undervisere» i 2021, kom samtlige seks fra vårt Institutt for global helse og samfunnsmedisin, hvor allmennmedisinere i flere tiår har bidratt til kollegaveiledning og pedagogisk stabsutvikling, også utenfor den allmennmedisinske kjernen (figur 1).

Det kan også anføres faglige argumenter for at et allmennmedisinsk miljø utvikler god undervisning. Lege-pasientforholdet er også et pedagogisk forhold, doktor betyr som kjent lærer. Allmennleger må lytte til sine pasienter, slik professorer må bli kjent med sine studenter. Skal man kunne hjelpe, må man først forstå hva de forstår, som Søren Kierkegaard påpekte i 1859. I begge tilfeller må det skje en personlig tilknytning. Slik gode allmennleger finner noe å like ved sine pasienter, må gode undervisere bli engasjert i sine studenter, hvilket studentene merker og vokser på. Gode undervisere strever alltid med å utvikle bedre metoder og mer undervisningskompetanse. Ikke minst er allmennmedisinens vekt på kommunikasjonsferdigheter et stort pedagogisk fortrinn. Allmennmedisinere har vært sentrale i å utvikle forskning på undervisning og klinisk kommunikasjon i

den vestlige verden, og også ved de fire norske legeutdanningene. Kommunikasjon er å skape kontakt, innsikt, refleksjon og øke folks forståelse av seg selv, sin situasjon og verden. I utdanningsøyemed kalles dette for *læring*, som jo er hovedpoenget med utdanningen!

### *Allmennmedisin som kritisk korrektiv i legeutdanningen*

Legeutdanningen ser ganske annerledes ut nå enn for bare et par tiår siden. Det har skjedd en klar dreining, slik at dagens studenter som en selvfølge (ut)dannes, om enn i varierende grad, til å håndtere avanserte biomedisinske forhold, diagnostisk usikkerhet og mange relasjonelle og følelsesmessige utfordringer som leger opplever. Dette til forskjell fra fortidens puggebaserte innlæring av fakta. Et viktig stikkord er *pasientsentrert medisin*, som kan føres tilbake til psykiateren Michael Balint og hans grupper av engelske allmennleger på 1950-tallet, og som via allmennmedisinske pionerer som Ian R. McWhinney i Canada har satt preg på vestlig legeutdanning. Som omtalt andre steder i denne boken, har disse idéene hatt sterk innflytelse også på den allmennmedisinske undervisningen i Bergen.

Siden 1990-tallet har begrepet *medisinsk profesjonalitet*, utviklet i USA og Canada, også påvirket norsk legeutdanning, som en motvekt mot diagnose- og teknologisentrert medisin. Målet er å utdanne leger som kan tilby god hjelp til pasienter som ikke kan «fiksnes», unngå over- og underdiagnostikk, medikalisering og ressursløsning, og samtidig forebygge den økende forekomsten av utbrenthet og mentale helseproblemer hos studenter og unge leger.

Gjennom å styrke tidlig pasientkontakt, klinisk praksis og veiledet refleksjon har vårt miljø søkt å gi studenter og unge leger holdninger og ferdigheter de trenger for å utøve en legerolle som ivaretar de gamle allmennmedisinske idealene kontinuerlig, omfattende, personlig og forpliktende (KOPF).

### **Allmennmedisinsk undervisning i legestudiet i Bergen etter år 2000**

Ved overgangen til nytt årtusen var det nettopp blitt innført en ny studieplan, *150-planen*, som avløste *120-planen* fra tidlig på 1990-tallet. Felles for disse to var at revisjonene skyldtes nødvendige endringer på grunn av økt studenttall, ikke erkjennelse av behovet for viktige faglige eller pedagogiske omprioriteringer. Men for allmennmedisinfaget betydde hver ny studieplan likevel at vi fikk innført flere og flere av de elementene vi hadde ønsket oss helt tilbake fra slutten av 1980-tallet.

### *Nåværende studieplan: Medisin 2015*

*Medisin 2015* ble gradvis gjennomført fra 2015, og første kull fullførte hele studieløpet først våren 2021. Denne studieplanen var begrunnet i et ønske om endringer i både innhold og pedagogikk. Man ønsket mer integrasjon mellom fagene, mer studentaktiverende pedagogikk, samt endring av eksamen og vurderingsformer.

Tidlig på 2000-tallet fikk studentene 1–2 dagers utplassering i allmennmedisin på andre året, før faget ble presentert i et ukelangt introduksjonskurs i tredje studieår, og bredere undervist i det siste året, før avsluttende egen eksamen i allmennmedisin i siste semester. I forberedelsene til det som skulle bli ny studieplan fra 2015, pekte arbeidskomiteén på at mer allmennmedisin burde komme tidligere i studiet:

«Allmennmedisinsk undervisning introduseres tidlig i studiet og må integreres med den øvrige kliniske undervisningen, slik at studentene under hele studiet opplever kontinuitet i utredning og behandling på forskjellige nivåer i helsevesenet. ... Allmennpraksis er en viktig læringsarena pga. den store bredden av medisinske problemstillinger. Studentene må forstå hvordan utredning og behandling skjer på forskjellige nivåer i helsevesenet.»

I samsvar med tydelige råd fra representantene fra primærhelsetjenesten (Kjell Haug, Steinar Hunskår, Ingvild Sandøy), ble det foreslått å styrke undervisningen i allmennmedisin betydelig. Men innstillingen fra komiteen ble ikke tatt til følge i de endelige vedtakene, etter interne dragkamper mellom de ulike medisinske fagområdene. Man endte fra 2018 opp med seks ukers utplassering i allmenn- og samfunnsmedisin siste studieår, og en viss økning i teoriundervisningen.

### *Hva og hvor i studiet underviser vi?*

Den faglige rammen, kall det gjerne pensum, har hele perioden vært læreboken *Allmennmedisin*. Boken fungerer også som en veileder for valg av undervisningstema. Hvert bokkapittel starter med en epidemiologisk oversikt over symptomer og diagnoser i vanlig allmennpraksis. Dette er et nødvendig korrektiv til studenter som har det meste av sin erfaring fra universitetssykehus, og som derfor strever med å navigere i et farvann av lave sannsynligheter for alvorlig sykdom. Vi søker å balansere allmennkunnskap mot studentenes tørst etter faktabasert håndtering av sykdommer. Vi prøver å være innom de fleste hovedtema, men mange vanlige tilstander har ikke fått plass på timeplanen (tabell 1). I særdeleshet gjelder dette små fag som øye, øre-nese-hals og nevrologi. Større temaer innen bevegelsesapparat, sirkulasjon og respirasjon er i stor grad overlatt til spesialistfagene å formidle. Slik vil det fortsatt være, men vi merker i økende grad hvor kjekt og nyttig

*Tabell 1: Undervisning i allmennmedisin i den gjeldende studieplanen for medisinstudiet (Medisin 2015). Det seksårige studiet er delt inn i 12 halvårige semestre. Det er innslag av allmennmedisin i mange semestre, men 11. og 12. semester står for hovedundervisningen.*

Semester	Tittel	Innhold
1	Introduksjon til allmennmedisin	Presentasjon av fastlegeordningen og typisk arbeidshverdag for allmennleger, inkludert pasientdemonstrasjon, som del av introduksjonskurset første ukene av studiet
2	Legevaktmedisin	Introduksjon til legevaktmedisin
3	Kommunikasjonskurs	Fire temadager: 1) Livsstilsendringer med motivasjonssamtaler. 2) Kommunikasjon med barn og familier. 3) Følelser er fysiske – introduksjon til kognitiv terapi. 4) Bruk av tolk i konsultasjoner
4	Praksisdag hos fastlege	1–2 dager med forberedelse og etterarbeid i plenum. Studenten observerer og tar notater fra en dag hos fastlege i Bergensregionen. Tema: Allmennmedisinske arbeidsmetoder og pasientforløp
5	Sirkulasjon og respirasjon: 5 ulike temadager	Risikovurdering. Sirkulasjonssykdommer i allmennpraksis. Tungpust. Antibiotikabruk ved luftveisinfeksjoner. Klinikker og casegjennomgang
6	Legevaktmedisin. Bevegelsesapparatet	Akuttmedisin i allmennpraksis. Samarbeid med fysikalsk medisin, tema: lave ryggsmertes
	Kommunikasjonskurs	Fire dager obligatorisk kurs i en uke. Allmennmedisin har ledelse og fire gruppeledere. Samarbeid med ulike kliniske spesialiteter
	Mage-tarmsykdommer	Funksjonelle tarmlidelser og gastromedisin i allmennpraksis. Samundervisning med gastroenterologer. Kosthold og kronisk sykdom (hjerter-kar, diabetes m.m.)
8	Reseptlære og medikamenter	Obligatorisk kurs med mål om at studenter skal kunne skrive ut resepter (krav for å få studentlisens)
11	Praksis	6 ukers praksis i allmenn- og samfunnsmedisin. Oppsummering i plenum av praksiserfaringer. Allmennmedisinske arbeidsteknikker
	Konsultasjonskurs med video etter 6 ukers praksis	To dager obligatorisk kurs før praksis. En dag videogjennomgang i gruppe med veileder etter praksis. Refleksjonsnotat til semestermappe.
	Lungesykdommer	Fire timers seminar om obstruktive lungelidelser sammen med pediater og lungelege
	Eldreuken	Ukeskurs med tema eldrehelse og sykehjemsmedisin. Tema: Søvn, bevegelsesapparat, laboratoriebruk, hjertesvikt, multimorbiditet, legemidler, legemiddelgjennomgang, urininkontinens, decens, innvandrerhelse, kognitiv svikt og psykiske lidelser. Sykehjemsmedisin i samarbeid med Senter for alders og sykehjemsmedisin
	Forskning i allmennpraksis	Presentasjon av studentprosjekt og resultater fra tidligere undersøkelser

Fortsettes neste side →

Semester	Tittel	Innhold
	Laboratoriemedisin	Vanlige laboratorieprøver i praksis. Klinisk epidemiologi
	Luftveisinfeksjoner	Temadag om antibiotika i samarbeid med infeksjonsmedisinere
	Andre tema	Innvandrerhelse. Ungdom hos fastlegen. Diagnosekoding
12	Avsluttende og eksamensforberedende semester	<p>12 temadager i allmennmedisin. I tillegg deltagelse på samundervisning med spesialister. Temadager:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Depresjon og angst i allmennpraksis</li> <li>Kronisk sykdom i allmennpraksis, diabetes som eksempel</li> <li>Infeksjoner i allmennmedisin</li> <li>Uklare sykdomstilstander i allmennpraksis. Diagnostikk, forståelse og terapeutiske tilnærminger</li> <li>Gynekologi i allmennpraksis</li> <li>Pustevansker i allmennpraksis</li> <li>Rus og samsykelighet i allmennpraksis</li> <li>Søvnlidelser i allmennpraksis</li> <li>Kreft i allmennpraksis</li> <li>Hud og matreaksjoner i allmennpraksis</li> <li>Bevegelsesapparat: Dagskurs med fokus på skulder, hofter og kneundersøkelse. Bruk av studentundervisere som trenes i forkant</li> <li>Feil og uhell</li> <li>Den døende pasient (sammen med palliativ medisin)</li> </ul> <p>Eksamensforberedelser</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Deltakelse i slutteksamen med oppgaver fra allmennmedisin:</li> <li>Nasjonale felles deleksamen</li> <li>OSKE-eksamen (praktiske stasjonseksamen)</li> <li>Skriftlig eksamen (kortsvar- og refleksjonsoppgaver)</li> </ul>

det er å få undervise sammen med våre gode sykehuskolleger og kolleger fra andre områder av primærhelsetjenesten. Vi vil arbeide for at tverrfaglig undervisning må få mer plass i årene som kommer.

Medisinstudiet i Bergen er nå delt inn i 12 semester, og allmennmedisin opptrer i minst ni av dem. Som det fremgår av oversikten, viser faget seg frem i mindre drypp underveis, mens hovedtyngden av undervisningen er lagt til det siste studieåret, 11. og 12. semester. Det tror vi er en riktig plassering, med tanke på at allmennmedisin tar opp i seg de fleste andre fag og at studentene skal integrere mange kunnskapsfelt for anvendelse i allmennpraksis. Øystein Hetlevik la ned et viktig pedagogisk grunnarbeid som første leder av semesterstyret for 11. semester frem til 2021, da Ingrid Rebnord overtok.

*Kommunikasjonsundervisning* har lenge vært et viktig tema for allmennmedisinen i Bergen, og er omtalt også i andre kapitler. Et vendepunkt i

denne undervisningen kom i 1997, da belgiske kolleger fra universitetet i Leuven ble hentet til Bergen. Gjennom utfordrende rollespill, trygg pedagogikk og tydelige teoretiske modeller lærte de oss både *hva* vi kunne oppnå som klinikere og *hvordan* vi kunne skjerpe vår undervisning ved å ta i bruk Calgary-Cambridge-modellen for pasientsentrert kommunikasjon (Silverman 2005). Modellen har siden vært ryggraden i det viktige ukeskurset i kommunikasjon på tredje studieår, som vi underviser sammen med en rekke andre spesialiteter. Budskapet følges opp gjennom et todagers konsultasjonskurs før praksis i sjette studieår, samt i videogrupperne hvor konsultasjoner fra praksis analyseres med veileder. Våre erfaringer med denne modellen ble i 2000 presentert i tre artikler i legetidsskriftet.

Takket være allmennmedisinmiljøet har leger utdannet i Bergen rimelig gode forutsetninger for å utøve en pasientsentrert legerolle. Det er imidlertid fortsatt langt igjen før disse kompetansene er blitt anerkjent og tatt i bruk i alle kliniske miljøer. Et fremskritt er at pasientsentrert kommunikasjon, undervist av allmennmedisinere, nå er inkludert i den innledende kliniske undervisningen, hvor studentene lærer å skrive pasientjournal i sykehusmottaket.

*Praksisperioden* i 11. semester er på seks uker, og er et samarbeid med samfunnsmedisin. Praksisutplasseringen er omtalt i et eget kapittel i boken. Studentene har rangert utplasseringen i allmennmedisin som en av de aller viktigste læringsarenaer i dannelsen til lege. Men praksisperioden styrer også en god del av innholdet ellers i semesteret, ved at vi har viktig undervisning før og etter praksisperioden, og vi bruker erfaringene fra praksis aktivt både i konsultasjonskurset (se nedenfor) og i undervisning av ulike kliniske emner.

*Videobasert konsultasjonsveiledning* i 11. semester binder sammen praksiserfaringer og teori på en avansert måte i forhold til praksis i de fleste andre fag. I over 20 år har nemlig studentene våre lært gjennom å bli veiledet i analyse av video av egne konsultasjoner. Strukturert tilbakemelding fra medstudenter og veileder, med den underviste konsultasjonsmodellen som rettesnor, er en viktig læringsarena (figur 2). Det startet som et samarbeid med Bergen legevakt. Studenter hadde med seg digitale kameraer, og akutt-pasienter stilte opp for at studenter skulle få demonstrere sine kliniske ferdigheter i en legevaktsetting. Det innebar krevende logistikk og lite klinisk variasjon – såre halser ga begrenset kommunikasjonsutfordring. Faggruppen investerte etter hvert i videokameraer slik at alle kunne gjøre opptak til minnebrikke mens de var hos fastlegene. Problemstillingene ble mer varierte, studentene mer fornøyde. I samarbeid med IT-avdelingen ved UiB har vi nå fått løsninger som sender studentenes videoopptak via Internett



*Figur 2: Videogruppe for studenter i 11. semester høsten 2021 i et møterom i Alrek helseklynge. Førsteamanuensis Knut Eirik Eliassen (øverst ved bordet mot skjermen) leder diskusjonen i gruppen basert på de video-opptakene som studentene har med seg fra praksis på fastlegekontor. På skjermen skimtes konsultasjonen på legekontoret med studenten og pasienten. Foto: Paul André Sommerfeldt.*



*Figur 3: I siste semester består undervisningen i allmennmedisin for det meste av halv dags-seminarer. Her fra undervisning i Birkhaugsalen ved Haukeland universitetssjukehus i 2016. Foto: Privat.*

til sikker lagring ved universitetet. Dette åpnet for at vi under korona-epidemien også kunne gjennomføre videogrupperne digitalt.

*Siste semester* er også et viktig semester, der mye av vår undervisningstid nå gis i form av halvdags gjennomganger av ulike tema for avgangskullet (figur 3). Vi har også eksamensforberedende undervisning for kullet, med tanke på allmennmedisinske problemstillinger de kan få til eksamen.

### **Fra egen eksamen til mappevurdering og integrerte prøver**

Vurderingsformene er det skarpeste verktøyet i utdanningskisten. Studentene vil alltid legge opp sin læring etter det de tror vil hjelpe dem til å gjøre det godt på eksamen. Men det er viktig å skille mellom de to funksjoner en eksamen har: Å kvalitetssikre og klassifisere kandidatene (kontrollaspektet) og å styre forståelse og læring (det som kalles det formative aspektet). Iblant kan disse formålene stå mot hverandre.

Kampen for en egen eksamen i allmennmedisin var lang, og lærerne våre har gjennom årene lagt ned mye arbeid i å lage en god eksamen i allmennmedisin. Med den nye studieplanen *Medisin 2015* forsvant eksamen i allmennmedisin. Nå skal alle eksamener i prinsippet være integrerte mellom flere fag, og i mange semester inngår nå oppgaver i allmennmedisin i en felles semestereksamen.

I 11. semester er altså den gamle kombinerte skriftlig og muntlige eksamen borte. Isteden er det innført en såkalt *mappeeksamen*. Mappen er en samlet dokumentasjon over utførte og godkjente aktiviteter. Når alle elementene er utført eller bestått, er mappen godkjent, og studenten får karakteren Bestått. Mappen i 11. semester består av:

- Allmennmedisinsk praksiserfaring
- Samfunnsmedisinsk oppgave fra praksis
- Refleksjon omkring egen konsultasjon og tilbakemeldinger etter videogruppe
- Lage flervalgsoppgave og evaluere medstudenters foreslåtte eksamensoppgaver
- Semesterquiz
- Bestått praktisk prøve, tilsvarende en muntlig eksamen, men med tilbakemelding fra sensor, ikke karakter (figur 4).

*Avgangseksamen* i medisinstudiet i Bergen består nå av tre ledd, der allmennmedisin er en viktig oppgaveleverandør, men også en viktig premissleverandør til de andre fagene, med tanke på relevans og nivå av oppgavene:



1. *Nasjonal deleksamen i medisin* er et prisbelønnet samarbeidsprosjekt mellom de fire medisinske fakultetene. Prøven skal teste klinisk resonnement gjennom 140 oppgaver i flervalgformat (MCQ, multiple choice questions). Hvert spørsmål har fire svaralternativer, der ett er mest rett. Prøven er digital og samtidig over hele landet.
2. *OSKE-eksamen* (objektiv strukturert kliniske eksamen) er en praktisk prøve i form av en stasjonseksamen, der studentene rullerer mellom oppgavene som er like for alle studentene. Oppgavene har en gitt varighet, for eksempel ni oppgaver à 15 minutter, og en sensor skårer studentens ferdigheter etter et gitt poengskjema (figur 5).



*Figur 4: Fra klinisk prøve i allmennmedisin som del av mappevurdering, første gang høsten 2021. Pasienten og studenten har gitt tillatelse til fotografering. Sittende er sensor, førsteamanuensis Ingrid Rebnord. Foto: Edvin Schei.*

3. Digital skriftlig eksamen på fem timer, med kortsvarsoppgaver og refleksjonsoppgaver, som skal teste studentens kliniske vurderings- evner og kompetanse til å løse mer komplekse problemstillinger.



*Figur 5: Fra OSKE-eksamen høsten 2021. Her er det student i hvit frakk som har prøvd seg på en oppgave i allmennmedisin med en «pasient»/markør. Under koronapandemien var selvsagt smittevern høyt prioritert, med bruk av munnbind samt pleksiglassplate mellom personene. Begge har gitt samtykke bruk av foto. Foto: Thomas Mildestvedt.*

## Allmennmedisinen har dratt store felleslass

De eldste ansatte i miljøet studerte medisin på 1970- og 1980-tallet, da man kunne bli lege uten å ha hatt én time undervisning i kommunikasjon, psykologi, atferdsfag, etikk, statistikk eller klinisk epidemiologi. Medisinfagets forståelse av legerollen, av kunnskapsteori og av pedagogikk har forandret og forbedret seg radikalt i disse årene. Akademiske allmennmedisinere har gått i bresjen for mange av de viktige endringene, først ved å gjøre allmennmedisin til et av de tre store fagene, sammen med indremedisin og kirurgi. Dernest ved å bygge faglig respekt blant sykehusleger for allmennlegers kompetanse og funksjon i helsevesenet. Og etter hvert ved å utvikle felles undervisning i fag som klinisk epidemiologi, kommunikasjon og profesjonalitet, på vegne av alle kliniske miljøer.

At disse endringene ble skapt av allmennmedisinere, har sin forklaring i at den kliniske hverdagen i allmennpraksis kretser om det partikulære, pasienten som person, sykdommen som en del av et liv og en familie, i grupper hvor alvorlig sykdom er sjelden og sykehusmedisinenes tilnærming ofte er kostbar, ineffektiv og øker faren for medikalisering og utrygghet i befolkningen. De samme forholdene tilsier at svekkelse av fastlegeordningen, som i jubileumsåret preger offentlig debatt, må sees som en alvorlig trussel mot helsetjenesten.

Felles for punktene under er at det handler om å styrke det beste ved akademisk tenkning – å være åpen, selvkritisk og kunnskapssøkende. Vi er stolte over å ha utviklet en kultur for å bruke mye av vår undervisningskapasitet på tema som tilhører alle medisinske disipliner. Her gir vi to aktuelle eksempler.

*EBM, klinisk epidemiologi og kritisk vitenskapsteori.* Koronapandemien har gitt oss god drahjelp i studentenes forståelse av at begreper som prevalens, testegenskaper og prediktive verdier er relevante i en praktisk hverdag.

*Profesjonalitet og profesjonssøyle.* Allerede i 2012, tre år før ny studieplan Medisin 2015 skulle ruller ut, samlet daværende studiedekan Arne Tjølsen en gruppe kommunikasjonsundervisere, de fleste fra allmennmedisin, for å diskutere hvordan man skulle inkludere det nye begrepet «profesjonalitet» i undervisningen, gjennom alle seks år. Edvin Schei fikk i oppdrag å lede arbeidet videre. Etter modell av nordamerikanske universiteter var planen å styrke unge legers faglige dømmekraft, profesjonelle rolleforståelse og psykologiske trygghet ved å bygge inn en «profesjonssøyle» gjennom hele studiet, med et overordnet blikk på dannelsesprosessene i studiet, ikke minst læringen av kliniske ferdigheter og klinisk praksis, som er de sterkeste identitetsmarkørene på et legestudium.

Lite kan måle seg med rektaleksplorasjon, gipsing og sårsutur som overgangsriter fra leg til lege. Men uten veiledning, refleksjon og kommunikasjonsferdigheter er det fare for å utdanne teknisk fokuserte leger som blir lite kompetente til å håndtere medisinenes kompleksitet og ivareta legerollens overordnede hensikt, som er å finne måter å støtte syke og lidende mennesker på, «alltid trøste». Selv om teknologien er mer potent, er rollen delvis uendret siden Hippokrates' tid – kliniske situasjoner krever håndtering av det personlige og det uforutsigelige. Det må gjenspeiles i utdanningen.

#### *Et nytt fag: Pasientkontakt (PASKON)*

Men hvordan vekker man de yngste studentenes engasjement for fagets «myke» aspekter? Et godt svar er *pasienter!*

Faget *Pasientkontakt (PASKON)*, som første gang ble gjennomført høsten 2013 for førsteårsstudentene, er i dag en grunnstein i bergensstudentenes dannelsesprosess. Faget ble utviklet av en «geriljagruppe» bestående av Schei og de fem tillitsvalgte medisinstudentene Eivind Valestrand, Karl-Erik Müller, Ingrid Neteland, Sofie Paus og Else Fjøsne, som også har beskrevet prosessen og faget i en tidsskriftartikkel.

Bakteppet var den gjengse allmennt medisinske erfaringen av at leger lærer aller mest av sine pasienter. Hver førsteårsstudent i Bergen får derfor møte minst ett sykt menneske, med mulighet for å snakke med og bli kjent med vedkommende, bli berørt av hvordan helseproblemer påvirker livet, lære hvordan leger kan være til hjelp, og hvilke feil leger har lett for å gjøre.

Etter en samtale i pasientens hjem møtes pasienten og gruppen i auditoriet og lar hele kullet få del i fortellinger og refleksjoner (figur 6). Studentene skriver tre refleksjonsnotater, tekstene leses og får tilbakemelding fra eldre lønnete studenter som gir støtte og samtidig legitimerer fagets relevans. Studentenes opplevelser fra pasientmøtene blir råstoff for teoriøker hvor studentene også arbeider med sine personlige følelser og verdier, og hvor både deres egne og pasientenes – og undervisernes – erfaringer og kommunikasjon sees i lys av grunnleggende kunnskap om samspill og språk, sårbarhet, menneskelige grunnvilkår, relasjoner, underbevissthet, skam, samtalerapi etc. Schei har skrevet pensumboken *Lytt. Legerolle og kommunikasjon*.

I tillegg til PASKON inneholder profesjonssøylen et introduksjonskurs for de nye studentene, og en gruppebasert mentorordning på andre og tredje studieår. Den største uløste oppgaven i profesjonssøylen er å integrere de kliniske praksisperiodene bedre i studiet, og tilby støtte og veiledning til klinikerne, ikke minst allmennlegene, som er studentenes rollemodeller og lærere i reelle arbeidssituasjoner.



*Figur 6: Fra undervisning i faget Pasientkontakt (PASKON). Førsteårsstudentene møtes her i auditoriet og til samtale og diskusjon etter å ha hatt møte med en pasienter. Hele kullet får dermed del i fortellinger og refleksjoner fra alle pasientmøtene. Diskusjonen ledes her av professor Edvin Schei (til høyre under klokken). Til venstre på andre rad sitter Trond Viggo Torgersen, kjent TV-lege, som helt siden starten i 2013 har deltatt som hjelpelærer i faget. Foto: Sander Firmland.*

### *Senter for tverrprofesjonell samarbeidslæring (TVEPS)*

TVEPS ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin trener siste års medisin- og helsefagstudenter i tverrfaglig samarbeid. TVEPS er et prisbelønnet undervisningstiltak utviklet fra 2012 av Anders Bærheim, professor i allmennmedisin (figur 7).

Fra høsten 2020 er dette undervisningselementet obligatorisk for over 800 studenter per år. Bakgrunnen er Kunnskapsdepartementets nye forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanningene, vedtatt i 2017. Her inngår tverrprofesjonell samhandling som ett av tolv obligatoriske læringsutbytter som studentene skal kunne etter endt studieløp. TVEPS gir studentene mulighet til å trene på slik tverrprofesjonell samhandling i ekte arbeidssituasjoner. Det er etablert en avtale mellom UiB, Høgskulen på Vestlandet, Bergen kommune og Øygarden kommune. Avtalen sikrer at alle studenter ved UiB i psykologi, medisin, farmasi, tannpleie, logopedi, odontologi og musikkterapi får TVEPS praksis obligatorisk. I tillegg blir TVEPS-praksis mulig å velge for studenter på juss og ernæring ved UiB.



**UT PÅ SYKEHJEM:** Professor Anders Bærheim har med seg en bredt sammensatt gruppe studenter til Fyllingsdalen sykehjem. Øystein Birkeland studerer medisin, Gunnhild Simonnes er sosionomstudent, Lene Nilsen er ergoterapistudent og Elise Liverød studerer juss. Skjult bak Liverød går vernepleiestudent Christine Uhe.

– Samtykkekompetanse er vanskelig å vurdere, det ser vi når vi er ute i praksis, supplerer ergoterapistudent Lene Nilsen.

**– Bør kjenne hverandre**

Professor Anders Bærheim mener jusstudentene hører med når helsefagene skal jobbe tverrfaglig.

– Juristene møter helsevesenet som administratører, advokater og dommere. Da er det viktig at juristene og helsearbeiderne kjenner hverandres fagfelt, sier han.

Studentgruppen på Fyllingsdalen sykehjem deltar i

opplegget til Senter for tverrprofesjonell samarbeidstrening (TVEPS). TVEPS er et samarbeid mellom UiB, Høgskolen i Bergen, Bergen og Fjell kommune. De siste tre årene har flere hundre helsefagstudenter fra 13 ulike utdanninger vært utplassert i primærhelsetjenesten – de aller fleste på sykehjem.

**– Nyttig**

Nå er altså gruppen utvidet med to fag: sosionom og juss. Når det gjelder å innlemme juss i tverrfaglig helsefagutdanning er TVEPS antagelig først i verden, påpeker Bærheim.

Sykehjemslege Vidar Pettersen sier det er viktig for studentene å få se hvordan ting gjøres på et sykehjem.

– Hvilken nytte har dere av tilbakemeldingene fra studentene?

– Det er alltid nyttig at flere ser hva vi gjør, særlig når de gjør ut ifra forskjellig faglig ståsted. Det hender også at vi får konkrete råd om ting vi ikke har tenkt på selv. For eksempel var det en student nå sist som rådet oss til å søke transportkort for en pasient. Det var noe vi ikke hadde tenkt på selv, avslutter Pettersen.

*Figur 7: Senter for tverrprofesjonell samarbeidslæring (TVEPS) trener siste års medisin- og helsefagstudenter i tverrfaglig samarbeid, her fra Fyllingsdalen sykehjem i Bergen. Professor Anders Bærheim var initiativtaker og primus motor for TVEPS. Her reportasje i Bergens Tidende 20. oktober 2015 i forbindelse med at også juss-studenter fikk delta.*

*Kilde: Nasjonalbiblioteket.*

Tabell 2: Valgfrie (elektive) kurs på 2 uker som har vært tilbudt studentene fra allmennmedisin i 2021/2022.

Kursnummer	Kurstittel	Ansvarlig/kursleder
ELMED211	Personorientert behandling	Stefan Hjørleifsson og Eivind Meland
ELMED220	Aktivitet og kost er medisin	Thomas Mildestvedt
ELMED227	Søvnsykdommer	Bjørn Bjorvatn
ELMED232	Seksuell helse og mangfold	Ingrid Rebnord
ELMED312	Legevakt og akutt allmennmedisin	Steinar Hunskår
INTH344	Migration and health	Esperanza Diaz

Praksisen foregår i tverrfaglige grupper på arenaer som sykehjem og hjemmetjeneste, barnehage og skole, nav, botjenester til utviklingshemmede, kriminalomsorg, rusomsorg, frisklivs- og mestringssenter i primærhelsetjenesten, og innen rehabilitering og lærings- og mestringssenter i spesialisthelsetjenesten. Studentene jobber i grupper på 4 til 6 studenter, med ulik profesjon. TVEPS-gruppen får et oppdrag som de skal samarbeide om på tvers av fag; enten formidling gjennom et pedagogisk opplegg eller utredning av 2 pasienter/brukere.

#### *Valgfrie kurs*

I studieplanen fra 2015 ble det innført valgfrie (elektive) kurs i medisinstudiet. Fire uker i januar i tredje, fjerde og sjette studieår er satt av til slike kurs på to eller fire ukers varighet. Allmennmedisin har gitt tilbud om seks slike kurs, ikke alle tilbys hvert år (tabell 2).

#### *Vestlandslegen*

Det er forventet at det kommer mange nye studieplasser i medisin de kommende årene, også til Bergen. Det har siden 2020 foregått et stort planleggingsarbeid med en revidert studieplan som skal ha kapasitet til klare en stor økning i studenttallet. Denne modellen, *Vestlandslegen*, er tenkt å ta i bruk sykehusene i Stavanger, Haugesund og Førde og områdene rundt for de tre siste studieårene. Her er personer fra allmennmedisin sterkt involvert. Steinar Hunskår er prosjektleder for hele planen, Edvin Schei er leder for den pedagogiske planleggingen, og Gunnar Bondevik er sentral for å planlegge primærhelsetjenestens omfang og plassering.

### *Sommerkurs for utenlandsstudenter 2005–2007*

Norske medisinstudenter i utlandet får vanligvis ingen eller svært lite undervisning i allmennmedisin, og er ofte dårlig forberedt til arbeid i Norge etter endt studium. Dette ville Norsk medisinstudentforening Utland gjøre noe med, og etter lang tids planlegging og arbeid med finansieringen, kunne de i samarbeid med Seksjon for allmennmedisin og kurslederne Steinar Hunskår og Eivind Meland ønske 24 studenter velkommen til sommerkurs i 2005 (figur 8). Kurset ble igjen holdt 2007 for 14 studenter, men studentforeningen klarte ikke å sikre kontinuerlig finansiering, og tilbudet ble dessverre nedlagt.

### **Utdanning av underviserne, stabsutvikling, utdanningsforskning og studieledelse**

Moderne undervisnings- og vurderingsformer krever at underviserne har god pedagogisk kompetanse. Derfor har Fagområde for allmennmedisin i en årrekke investert i stabsutvikling knyttet til undervisning og veiledning, med jevnlig kurs og samlinger hvor vi søker å utvikle felles holdninger og kriterier for blant annet muntlig klinisk prøve og gjennomgang av studentenes videokonsultasjoner. Vi har hatt samlinger for å tilegne oss ferdigheter i å lage flervalgsoppgaver samt å bidra til oppgaver og sensurering i objektive strukturerte kliniske eksamener (OSKE).

Fra 2019 er det gjennom en ny forskrift kommet strengere krav til den pedagogiske kompetansen hos dem som skal ha faste stillinger ved universitetet. Doktorgrad er ikke lenger nok, man skal ha pedagogisk basiskompetanse på minst 200 timer for å bli førsteamanuensis, og for å bli professor er kravene enda strengere. Allmennmedisinmiljøet har støttet denne utviklingen, og prøver å legge til rette for at alle våre ansatte skal oppfylle kravene.

Miljøet har fostret mange akademikere som har tatt på alvor at en akademisk stilling skal deles mellom forskning og undervisning. En av de første som valgte å bruke mye av sin tid og kompetanse på å tilegne seg forskningsbaserte undervisningsmetoder, var Anders Bærheim, nå professor emeritus. Han lanserte nye og alternative idéer for fakultetet, deltok i utredninger og reiste på undervisningskongresser som AMEE (Association for Medical Education in Europe). Det var ikke alle som helt forsto hva Bærheim drev med fra 1990-tallet og utover. Langsomt ble vi flere som prioriterte å tilegne oss kunnskap ved å delta på kurs utviklet av internasjonale inspiratorer som Jonathan Silverman, John Launer og flere. Vi har etter hvert klart å utvikle en kultur for at undervisning skal meritteres og anerkjennes på linje med forskning. Dette har vært avgjørende for at vi har fått en rekke priser og anerkjennelser for god og forskningsbasert undervisning.



Figur 8: Sommerkurs i allmennmedisin for utenlandsstudenter ble avholdt i 2005. Her er reportasjen i *Legetidskriftet*. Kilde: Tidskrift for Den norske legeforening nr. 22, 2005.

## Allmennmedisinkurs i Bergen en suksess

Høy motivasjon og ønsket om å bruke en ferieuke på å få innblikk i hvordan allmennmedisin praktiseres i Norge i dag, kjennetegnet utenlandsstudentene som deltok på kurs i allmennmedisin.

Kurset som ble holdt i august, samlet 24 norske medisinstudenter fra ulike læresteder i Europa. De fleste kursdeltakerne var studenter i avsluttende fase av studiet. Kurset kom i stand etter årelang kamp for å skaffe økonomiske midler.

### Et nyttig pilotprosjekt

Det var første gang denne type intensivkurs i allmennmedisin som var godkjent av Universitetet i Bergen, ble holdt for utenlandsstudenter. Kurset gav fem studiepoeng. Arrangører var Norsk medisinstudentforening Utland (Nmf Utland) og Universitetet i Bergen.

Behovet for et allmennmedisinkurs for utenlandsstudentene ble bl.a. tatt opp på årsmøtet i Norsk selskap for allmennmedisin (NSAM) i Tromsø våren 2005, og professor Steinar Hunskaar høstet stor applaus da han kunne informere om at det første kurset skulle holdes i Bergen. Hunskaar og førsteamanuensis Eivind Meland fra seksjon for allmennmedisin ved Universitetet i Bergen, utgjorde kurskomiteen.

### Økt kjennskap og kunnskap

Målsettingen for kurset var å styrke de norske utenlandsstudentenes kjennskap til norsk allmennmedisin, så vel klinisk som juridisk, og derunder å gjøre utenlandsstudentene bedre forberedt på turnustjeneste og arbeid i Norge. Det skulle også øke interessen for legearbeid i perifere strøk. Sykdommer og tilstander som er relevante for allmennpraktikere ble belyst for å vise hvordan allmennmedisinsk arbeid utføres i praksis med tanke på de mest vanlige symptomene og tilstander.

– Det er viktig å ha den norske medisinske dialekten inne når det skal kommuniseres med kolleger, sa Hunskaar.

Kurset gikk over en uke med undervisning, øvelser og gruppearbeid. Sentrale temaer var bl.a. akuttmedisinsk beredskap, differensialdiagnostikk, konsultasjonsprosessen ved vanlige folkehelseplager, lovverk og rammer for helsetjenesten i Norge og drift av allmennpraksis. Siste dag ble det holdt en prøve. Kriterier for å delta var grunnkunnskaper innen kirurgi og indremedisin med fokus på den kliniske delen. I forkant av kurset måtte studentene sørge for én dags utplassering hos allmennpraktikere.



Noen av kursdeltakerne med kursleder Steinar Hunskaar til høyre. Foto privat

### Nyttig for utenlandsstudenter

Til tross for samme forskningsgrunnlag varierer undervisningsmodellene og undervisningsmetodene fra universitet til universitet, og fra land til land. Allmennmedisin står til og med i en klasse for seg på dette punktet. I Tyskland, for eksempel, henviser allmennlegene i større grad pasientene til det enorme antall spesialister som pasientene også kan kontakte direkte. I Norge har allmennlegen en annen rolle. I tillegg kommer de mange ulike terapitradisjoner i Europa. Dette er spesielt viktig med tanke på valg av førstehjelpspreparater. Det er derfor viktig at utenlandsmedisinere i et kurs som dette, får økte kunnskaper om hvordan allmennmedisin praktiseres i Norge. Samtidig er det riktig å nevne at norske medisinstudenter utdannet i utlandet, har nye å tilføre norsk helsevesen både når det gjelder kunnskap og respekt for andre kulturer og verdier.

Kurset har vært forberedt i tre år. Tidligere styrer i Nmf Utland har måttet låle utallige avslag på økonomisk støtte. I år brukte Nmf imidlertid egne midler for å få gjennomført prosjektet. I tillegg gav Fylkeslegen i Sogn- og Fjordane og Legeforeningen både faglig og økonomisk støtte. Dette er en anerkjennelse av utenlandsstudentenes behov for innføring i norsk allmennmedisin. Styret i Nmf Utland håper flere i fremtiden vil innse nødvendigheten av at et slikt kurs i allmennmedisin for utenlandsmedisinere blir gjennomført.

Kaja Askevold  
kaja@nmfutland.com  
Asbjørn Christophersen  
asbjorn@nmfutland.com  
Norsk medisinstudentforening - Utland

Edvin Schei er en annen viktig innovatør og entreprenør innen undervisning. Han har involvert seg både i faget allmenntidisin, i fakultetsorganer og egne forskningsprosjekter. Schei har utviklet nye elementer, som PASKON (se ovenfor) og mentorordningen, og har brukt sitt lederskap i profesjonssøylen som en anledning til nytenkning. Schei har pedagogisk forskingssamarbeid med McGill University i Canada, og ble den første professor ved Enhet for læring, fakultetets pedagogiske enhet, fra 2018. Han er også prosjektleder for *PROFMED – Medisinstudenters faglige identitetsdannelse under sykehuspraksis*, som har fått fem millioner kroner fra Direktoratet for internasjonalisering og kvalitetsutvikling i høyere utdanning. PROFMED har som mål å forbedre medisinstudenters sykehusplaseringslæring, og støtte utviklingen av en profesjonell leges identitet.

### *Studieledelse*

I tillegg til intern stabsutvikling har fagområdet satt av ressurser til å delta i stabsutvikling ved fakultetet og i studieplanarbeid. Særlig har Steinar Hunskaar vært en sterk stemme i utviklingen av nye studieplaner. Han var leder av *Seksjon for allmenntidisin* fra opprinnelsen i 1991 til 2006. Han var den ubestridte leder som hadde oversikten både på fagområdets mandat og undervisningen. Han skapte trygghet og delegerte oppgaver med stødig hånd.

Fra 2008 ble ledelsen av undervisning og forskning delt i strukturene *ALFO – allmenntidisinsk forskning* og *ALFA- allmenntidisinske fagledelse*. Vi valgte også å ha en egen undervisningsleder under ALFAs formelle ledelse. Vi trengte altså tre personer til å erstatte en Steinar.

Fra 2018 skjedde enda en omorganisering, og *Fagområde for allmenntidisin (FAM)* ble dannet. Fagområdene skal fungere som en paraplystruktur for forskning, undervisning, utvikling og formidling. Esperanza Diaz ledet FAM 2018–2020, Thomas Mildestvedt fra 2021 og Øystein Hetlevik vikarierer i 2022.

Thomas Mildestvedt har helt fra 2010 til 2021 hatt ansvar for undervisningsledelsen, og vært en pedagogisk inspirator og initiativtaker for mange undervisningsrelaterte aktiviteter i allmenntidisinmiljøet. Fra 2022 er Stefán Hjörleifsson undervisningsleder.

## **Koronapandemien – digitalisering av undervisningen og annen aktivitet**

Fra mars 2020 har hele utdanningssektoren stått overfor store utfordringer på grunn av koronapandemien. Når fysisk undervisning ble avlyst, måtte nye undervisningsteknologi tas i bruk nærmest umiddelbart. Vi har klart å gjennomføre praksisperiodene nærmest helt etter planen, takket være godt



*Figur 9: Pandemitid og hybridundervisning i Stort auditorium, Haukeland universitetssjukehus. Førsteamanuensis Thomas Mildestvedt holder introduksjonsundervisning om allmennmedisin for førstekullet høsten 2021, sammen med to pasienter. Studenten, André Høberg, som sitter på gulvet, styrer kameraet som overfører undervisningen til alle dem som ikke fikk være til stede på grunn av koronabegrensninger. Pasientene, studenten og lærerne har samtykket til fotografering. Foto: Anne Berit Guttormsen.*

samarbeid med fakultetet og praksisveilederne. Det har heldigvis vært minimalt med smitte hos studentene våre.

For teoriundervisningen har vi tatt i bruk digitale læringsformater i stort monn (figur 9 og figur 10). Heldigital undervisning ved hjelp av programmene Teams og Zoom er blitt daglig kost. Opptak av forelesninger som legges ut på forhånd, direktesending (streaming) og lagring av opptak undervisning brukes for at flest mulig skal få delta. Såkalt hybridundervisning betyr at noen studenter kan være til stede under smitteverntiltak, mens resten følger undervisningen digitalt. Vi har klart å gjennomføre både ferdighetsundervisning og videogrupper i digitale formater.

Hjemmekontor har vært regelen mer eller mindre siden starten av pandemien og inn i jubileumsåret 2022. Det betyr både at faste møter (figur 11), veiledning og enkle samtaler om ditt og tatt må tas digitalt. Og ikke minst har avlyste sosiale arrangementer vært et stort savn for mange.



Figur 10. Under koronapandemien ble hybrid undervisning vanlig. Her leder professor Øystein Hetlevik gjennomgang av studentenes erfaringer fra seks ukers allmennpraksis. De fleste studentene er digitalt til stede via programmet Zoom. En mindre andel av dem er til stede i salen. Det er aktiv bruk av digitale hjelpemidler, her Mentimeter. Legg også merke til merkingen av plassene i auditoriet, der minst halvparten av setene er blokkert på grunn av avstandsreglene under pandemien. Foto: Edvin Schei.

## Litteratur

- Askevold K, Christophersen A. Allmennmedisinkurs i Bergen en suksess. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005; 125: 3161.
- Balint M. *The doctor, his patient, and the illness*. New York: International Universities Press; 1964.
- Brodal P. Om å skape forandring i legers utdanning. I: Schei E, Gulbrandsen A (red.). *Forstår du, doktor?* Oslo: Tano Aschehoug, 2000.
- Bærheim A, Meland E, Schei E. Konsultasjonsundervisning i medisinstudiet – studentenes evaluering. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 2263-5.
- Cassell EJ. *The nature of suffering and the goals of medicine*. 2. utg. New York: Oxford University Press, 2004.
- Cruess RL, Cruess SR, Steinert Y. *Teaching medical professionalism*. 2. utg. Cambridge, New York: Cambridge University Press, 2016.
- Dyrbye L, Shanafelt T. A narrative review on burnout experienced by medical students and residents. *Med Educ* 2016; 50: 132-49.
- Hunskår S (red.). *Allmennmedisin*. 3. utg. Oslo: Gyldendal, 2013.



Figur 11: Digitale møter ble regelen under pandemien. Her er det stabsmøte i Fagområde for allmennmedisin høsten 2021, ved bruk av programmet Zoom. I hovedbildet ses de 15 som er til stede, under er kontrollknappene for bruk av mikrofon, kamera og ulike aktiviteter som chatfunksjon, presentasjoner, reaksjoner og ulike skjermoppsett. Skjermdump: Esperanza Diaz.

Kierkegaard S. *Synspunktet for min Forfatter-Virksomhed. En ligefrem Meddelelse. Rapport til Historien*. København: C.A. Reitzel, 1859.

Malterud K. The legitimacy of clinical knowledge – Towards a medical epistemology embracing the art of medicine. *Theor Med* 1995; 16: 183-98.

McWhinney IR. 'An acquaintance with particulars...'. *Fam Med* 1989; 21: 296-8.

Meland E, Schei E, Bærheim A. Pasientsentrert medisin – en oversikt med vekt på bakgrunn og dokumentasjon. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 2253-6.

Neighbour R. *The inner consultation*. London: MTP Press Ltd, 1987.

Paus S, Neteland I, Valestrand E, Müller KE, Schei E. Profesjonalitet kommer ikke av seg selv. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2014; 134: 1482-3.

Pendleton D, Schofield T, Tate P, Havelock P. *The consultation: an approach to learning and teaching*. Oxford: Oxford University Press, 1984.

Schei E, Bærheim A, Meland E. Klinisk kommunikasjon: Et strukturert undervisningsopplegg. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 2258-61.

- Schei E, Fuks A, Boudreau JD. Reflection in medical education: intellectual humility, discovery, and know-how. *Med Health Care Philos* 2019; 22: 167-78.
- Schei E, Knoop H, Gismervik M, Mylopoulos M, Boudreau JD. Stretching the comfort zone. Early clinical contact, emotions, and professional identity formation in medical students. *J Med Educ Curric Develop* 2019; 6: 2382120519843875.
- Schei E. *Lytt. Legerolle og kommunikasjon*. Bergen: Fagbokforlaget, 2014.
- Schei E. Mr. and Mrs. Professionalism. *Tidskr Nor Legeforen* 2017; 137: 616-8.
- Silverman J, Kurtz S, Draper J. *Skills for communicating with patients*. Abingdon: Radcliffe, 2005.
- Stewart M, Brown JBB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. *Patient-Centered Medicine. Transforming the clinical method*. 3. utg. London: Radcliffe; 2014.

## 5.3 40-årsjubileum i 2012

*Michael 2022; 19: Supplement 29, 238–41.*

*Selv om 40 år ikke er et veldig rundt tall, ble det bestemt at det var på tide å jubilere igjen i 2012. Det var 15 år siden 25-årsjubileet i 1997.*



*Figur 1: Iona Heath (f. 1950) er en internasjonalt kjent og anerkjent engelsk allmennlege som har hatt mange bånd til Norge gjennom foredrag og møtedeltakelse. Her sammen med Edvin Schei under festmiddagen på 40-årsjubileet. Hun har vært i Bergen flere ganger, og var sist gjest i Filosofisk poliklinikk høsten 2020. Heath var allmennlege i London 1975–2010, har hatt mange verv i nasjonale og internasjonale organisasjoner som WONCA og WHO. President i den engelske allmennlegeforeningen RCGP 2009–2012. Hun har vært medlem i redaksjonen av BMJ, og skriver der fortsatt kommentarer og kronikker. Hun er svært samfunnsengasjert, og kommenterer ofte spørsmål som angår allmennmedisin, sosial rettferdighet, legemiddelindustrien og kommersialisering av medisinen. I det siste har hun engasjert seg i overdiagnostikk-bevegelsen. Hun har skrevet flere bøker. Foto: Kirsti Malterud.*

Mange nye medarbeidere hadde kommet til siden 1997. Nye nabomiljøer var opprettet, vi hadde flyttet til Kalfarveien, og det var all grunn til å tro den tidlige institutthistorien var delvis ukjent for mange. Alt dette gjorde at det ble invitert til 40-årsjubileum med sang, mimring og tenking, rebus og stafett, fag og fest på Solstrand fjordhotell lørdag 10. november 2012. Festkomiteen besto av Edvin Schei, Eivind Meland og Sabine Ruths. Tema for fagseminaret var de store linjene fra 1972 til 2012: Historikk, vitenskap, fagpolitikk, undervisning og allmenntmedisinsk ideologi. To æresgjester ble invitert, nemlig Iona Heath President of the Royal College of General Practitioners, London, og Per Fugelli, som tidligere var professor i allmenntmedisin hos oss, og fra 2012 professor i sosialmedisin, Universitetet i Oslo. I tillegg skulle lokale krefter bidra med vyer, vidd og viten. Fugelli måtte melde forfall til arrangementet på grunn av sykdom. På de følgende sidene viser vi programmet for arrangementet og noen bilder fra festlighetene (figur 2–6).

## Akademisk allmenntmedisin ved Universitetet i Bergen

### 1972-2012

40-årsfeiring på Solstrand fjordhotell  
lørdag 10. november 2012

**Program**

11.00 Morgenfriske bobler og inkluderende velkomstøvelser

12.30 Samling rundt Solstrands bugnende lunsjbord

13.30 – 17.00 Jubileumsseminar:

*Medicine's future – the good, the bad and the possible*  
Iona Heath, Per Fugelli

*Å bygge fag gjennom forskning – et tilbakeblikk*  
Kirsti Malterud, Steinar Hunskaar

*Status presens et futurum. Hvor står vi, og hva gjør vi med kunnskapsunderskuddet i norsk allmenntmedisin?*  
Esperanza Diaz, Guri Rørtveit

*Allmenntmedisinen i legestudiet – hvor kommer vi fra, hvor går vi?*  
Thomas Mildestvedt, Anders Bærheim

KI 17.00 – 19.00 Ad libitum (husk badeantrekk!)

KI 19.00 Aperitiff og festmiddag (husk at det er lov å bidra!)



*Hilsen festkomiteen - Sabine Ruths, Eivind Meland, Edvin Schei*

Figur 2:  
Programmet for  
40-årsjubileet.





*Figur 3: Lokale krefter bidrar på fagseminaret. Fra venstre: Guri Rørtveit, Esperanza Diaz, Steinar Hunskaar og Kirsti Malterud. Foto: Privat.*



*Figur 4: Konsentrasjon om institutt-quiz! Fra venstre: Sabine Ruths, Atle Klovning, Bjørn Bjorvatn, Signe Tønsaker og Hogne Sandvik. Foto: Kirsti Malterud.*



*Figur 5: Mingling før middagen. Fra venstre: Eivind Meland, Signe M Zachariassen, Janecke Thesen (bak), Stian Langeland Wesnes og Bjørn Bjorvatn. Foto: Kirsti Malterud.*



*Figur 6: Fra middagen med tre av den eldre garde som var med fra 1980-tallet: Kjell Haug, Kirsti Malterud og Jørund Straand. Legg merke til sangheftet, som besto av 11 av de tradisjonelle sangene til mange av de allmennt medisinske doktormiddagene på melodien «Funiculi Funicula». Sangene er nærmere omtalt i kapitlet om doktoravhandlingene. Foto: Privat.*

## 5.4 Alrek helseklynge

*Michael 2022; 19: Supplement 29, 242–7.*

*Alrek helseklynge skal styrke forskning, innovasjon og utdanning rettet mot primærhelsetjenesten. En slik klynge er både nyskapende og nødvendig, og blir lagt merke til nasjonalt og internasjonalt. Her forteller instituttleder Guri Rørtveit om helseklyngen.*

Universitetet i Bergen etablerte kunnskapsklynger i strategiperioden 2016–22, og Alrek helseklynge er en viktig del av denne strategien. Daværende dekan ved Det medisinske fakultet, Nina Langeland, var sammen med daværende kommunaldirektør i Bergen, Nina Mevold, sentrale i å utvikle målene for klyngen. Et nytt bygg i Årstadveien 17 skulle bli et fysisk senter for helseklyngen.

Institutt for global helse og samfunnsmedisin (IGS), og dermed også Fagområde for allmennmedisin (FAM), flyttet høsten 2020 inn i det flotte nybygget, etter å ha vært lokalisert i Kalfarveien 31 siden 2003. Vi ble nå en del av et enda større fellesskap i Alrek helseklynge.

### **Bygget**

Å samle regionens helseforsknings- og helseutdanningsmiljøer fysisk på Årstadvollen, med satellitter både i Bergen og Vestlandet ellers, var en viktig del av strategien for Alrek helseklynge. Årstadveien 17 er tomten til den gamle «Odontologen», der Det odontologiske fakultet med sine institutter og tannklinikker hadde tilhold siden 1960-tallet. Det ble først utredet ulike modeller for rehabilitering av det gamle bygget som ble fraflyttet i 2012, da det nye odontologibyggget sto ferdig på nabotomten. Men av både arealmessige, tekniske og økonomiske årsaker ble det til slutt bestemt å satse på nybygg (figur 1).



*Figur 1: Alrek helseklynge med nybygget i Årstadveien 17. På helseklyngens nettsider har professor Gunnstein Akselberg forklart opphavet til navnet Alrek: Navnet Alrek viser til det norrøne Álrekstaðir, som var navnet på den eldste kongsgården i Bergen, der blant andre Harald Hårfagre holdt til. Alrek er den historiske benevnelsen for fjellet Ulriken. Álrekstaðir betyr dermed gården som ligger ved Ulriken. Álrekstaðir ble fra 1500-tallet skrevet Aarestadt, som er formen som kjennes igjen som Årstad i dag. Foto: UiB.*

Byggherre var UiB selv. Skanska Norge hadde totalentreprise. Bygget er tegnet av b+b arkitekter og har et samlet areal på 12.835 kvadratmeter, fordelt på fem etasjer og teknisk kjeller. Entrepreniskostnaden var på 325 millioner kroner uten merverdiavgift. Rivning av Odontologibygget startet i august 2018. Grunnarbeidene begynte i november 2018. Bygget ble ferdigstilt som planlagt med hensyn til både tid og kostnader i august 2020.

Årstadveien 17 inneholder kontorarealer, undervisningsarealer og spesielt tilrettelagte rom som behandlingsrom, fastlegekontor, omsorgsteknologilab og visningsrom for velferdsteknologi. Bygget har også flotte fellesarealer, kafé og møteplasser som på beste måte tilrettelegger for faglig samhandling.

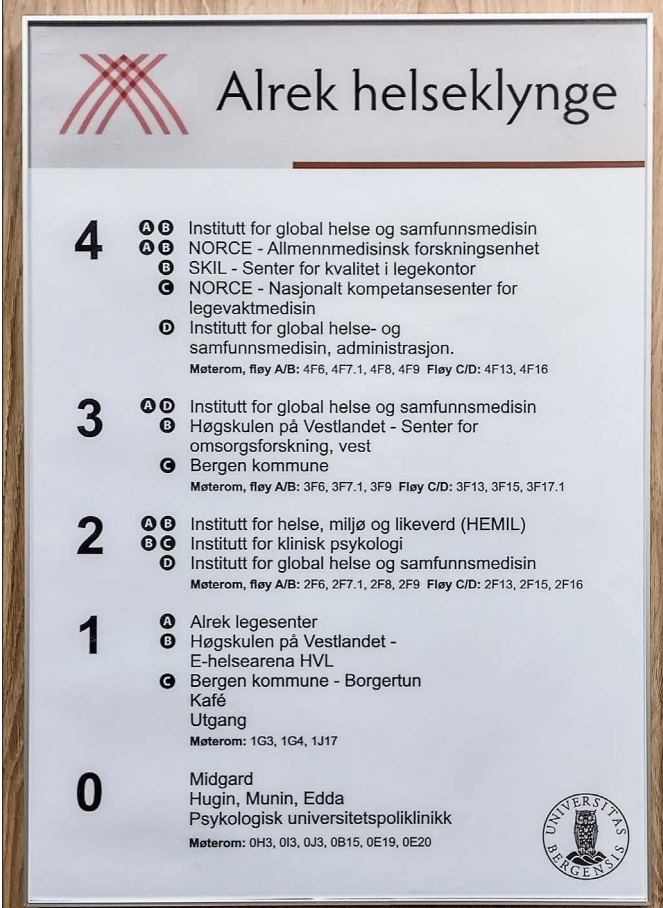
Fagområde for allmennmedisin, sammen med størstedelen av Institutt for global helse og samfunnsmedisin (IGS), flyttet inn 10. august 2020, nøyaktig som planlagt. Resten av instituttet var allerede plassert i et nyrehabilitert Årstadveien 21, i Overlege Danielssens hus. En omfattende brukerinvolvering var en viktig del av prosessen. Den sentrale brukergruppen ble ledet av instituttleder Guri Rørtveit gjennom hele plan- og byggeperioden 2016–2020.

## Andre klyngedeltakere

I tillegg til IGS er deler av Psykologisk fakultet ved UiB, NORCE, Bergen kommune og Høgskulen på Vestlandet flyttet inn i det nye bygget (figur 2). For de allmennmedisinske miljøene er det særlig verdifullt at både Allmennmedisinsk forskningsenhet (AFE), Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM) og Senter for kvalitet i legetjenester (SKIL) også flyttet med.

Det nye odontologibygget er også en del av klyngen. Et fjerde byggetrinn er under planlegging på parkeringsplassen foran Alrek studenthjem. Nærheten til Haraldsplass Diagonale Sykehus og Haukeland Universitetssjuehus, som begge deltar i klyngen, forsterker kraften i helseklyngen ytterligere. I tillegg til disse institusjonene deltar blant annet Folkehelseinstituttet, VID og Vestland fylkeskommune i klyngen.

*Figur 2: Informasjonstavle i Årstadveien 17. Bygget har fem etasjer, hver med fire sidefløyer A-D. I kjelleren ligger de store undervisningsrommene mens de allmennmedisinske miljøene er plassert i fjerde etasje sammen med instituttadministrasjonen. Foto: Steinar Hunskaar.*



**Alrek helseklynge**

**4**

- A B** Institutt for global helse og samfunnsmedisin
- A B** NORCE - Allmennmedisinsk forskningsenhet
- B** SKIL - Senter for kvalitet i legekontor
- C** NORCE - Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin
- D** Institutt for global helse- og samfunnsmedisin, administrasjon.

**Møterom, fløy A/B:** 4F6, 4F7.1, 4F8, 4F9 **Fløy C/D:** 4F13, 4F16

**3**

- A D** Institutt for global helse og samfunnsmedisin
- B** Høgskulen på Vestlandet - Senter for omsorgsforskning, vest
- C** Bergen kommune

**Møterom, fløy A/B:** 3F6, 3F7.1, 3F9 **Fløy C/D:** 3F13, 3F15, 3F17.1

**2**

- A B** Institutt for helse, miljø og likeverd (HEMIL)
- B C** Institutt for klinisk psykologi
- D** Institutt for global helse og samfunnsmedisin

**Møterom, fløy A/B:** 2F6, 2F7.1, 2F8, 2F9 **Fløy C/D:** 2F13, 2F15, 2F16

**1**

- A** Alrek legesenter
- B** Høgskulen på Vestlandet - E-helsearena HVL
- C** Bergen kommune - Borgertun


Kafé  
Utgang

**Møterom:** 1G3, 1G4, 1J17

**0**

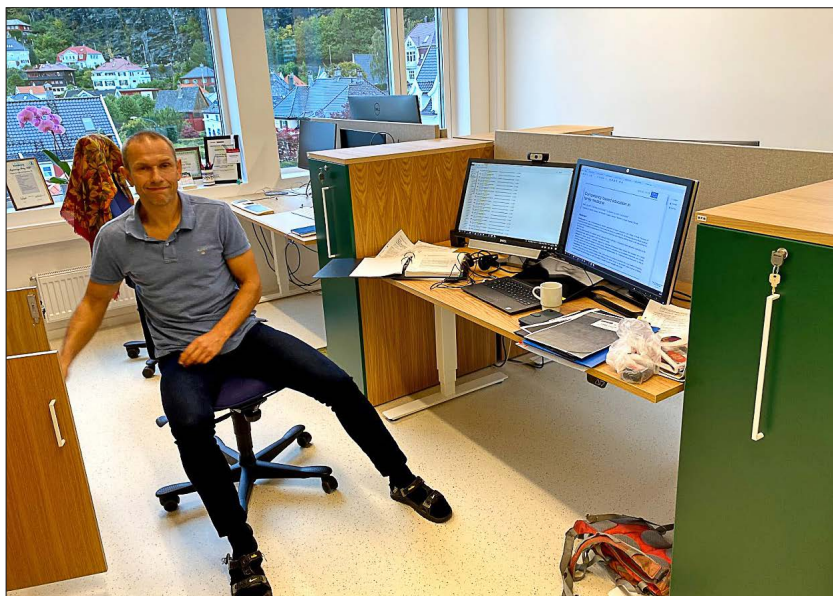
Midgard  
Hugin, Munin, Edda  
Psykologisk universitetspoliklinikk

**Møterom:** 0H3, 0I3, 0J3, 0B15, 0E19, 0E20



## Innflytting og pandemi

Da Årstadveien 17 sto ferdig, var det til stor glede for miljøene som flyttet inn, men begeistringen og utviklingen av klyngesamarbeid ble selvsagt bremset av covid-19-pandemien som slo til med økende styrke samme høst. En interessant effekt av pandemien oppsto imidlertid senvinteren 2021, da studentene fikk tilgang til alle bygg på campus. I de ansattes fravær (hjemmekontor), rykket studentene inn i møterom og sosiale soner over hele bygget, og skapte liv og røre. Denne perioden gjorde nybygget til et godt «hjem» for studentene, og pandemien viste seg dermed som god drahjelp for å få studentene til å bruke bygget. Etter gjenåpningen av landet, har ansatte funnet seg vel til rette i bygget, som har en god blanding av små åpne landskap, enekontor, undervisningslokaler, møterom, stillesoner og sosiale soner i tillegg til en populær kantine (figur 3–6)



*Figur 3. Fagområdeleder Thomas Mildestvedt på sin arbeidsplass i landskap i Alrek helseklynge. Landskapene er plassert i områder med mye lys og lite gjennomgangstrafikk. Foto: Guri Rørtveit.*



*Figur 4: Professor i allmenmedisin Lars Thore Fadnes har valgt enekontor og trives med det. Foto: Guri Rørtveit.*



*Figur 5: Professor i allmenmedisin Guri Rørtveit på plass i sitt 4-persons kontorlandskap, denne gang alene. Foto: Privat.*



*Figur 6: Lyst, luftig og flott i kantineområdet inne på Alrek helseklynge. Sitteplasser i forgrunnen med pandemiaustand i 2020. Foto: May Ruth Tolleshaug/Bergen kommune.*

## Litteratur

*Alrek helseklynge.* <https://alrekhelseklynge.no/om-helseklyngen/visjon/>

*Universitetet i Bergen sin satsing på kunnskapsklynger.* <https://www.uib.no/strategi/104122/kunnskapsklynger>



## 6. Legepraksiser tilknyttet instituttet 1972–2022

*Michael 2022; 19: Supplement 29, 248–60.*

*Fra første stund har allmennpraksis av ulike typer vært tilknyttet og samlokalisert med instituttet. I første periode (1972–1984) ble det etablert en gruppepraksis som fikk navnet Institutt for almenmedisin. Deretter kom Ulriksdal legesenter, med fastlønnete kombistillinger og formalisert samarbeid mellom UiB og Bergen kommune (1986–2003). Med privatisering, flytting og fastlegereform gjenoppsto dette legesenteret på ny adresse med ny driftsform og nytt navn: Fjellsiden legesenter (2003–). Etter en del år ble tilknytningen til instituttet gradvis svakere og uten formell samarbeidsavtale med UiB. I dag er Fjellsiden legesenter fortsatt i drift, men bare en av de seks legene har fast universitetsstilling. Siste skudd på stammen er Alrek legesenter (2020), etablert av Bergen kommune og lokalisert i nybygget Alrek helseklynge.*

Allmennmedisin er et klinisk fag som utøves i møte med pasienter i primærhelsetjenesten. I instituttets historie har det hele tiden vært spesiell tilknytning til og samarbeid med legesenter som har vært samlokalisert med instituttet i ulike driftsformer og samarbeidsavtaler. Mest forpliktende var samarbeidet i perioden fra 1986 til ca. 2015, med utgangspunkt i modellen med de fire kombistillingene – hver med halv stilling som bydelslege og halv akademisk stilling. Samarbeidet vedvarte i mange år, men i kjølvannet av fastlegereformens strukturendringer ble grunnlaget for et slikt formelt samarbeid gradvis svekket, og nye strukturer er under utvikling.

### **Institutt for almenmedisin – gruppepraksis tilknyttet instituttet (1972–1984)**

Ved oppstart av Institutt for allmennmedisin ble det etablert en gruppepraksis for fire leger. Praksisen ble samlokalisert med instituttet i spesialbygde lokaler i andre etasje i «Søsterhjem 2» i Ulriksdal 8 c. De første legene var



*Figur 1: Glade leger ved åpningen av legepraksisen 21. april 1972. Fra venstre Peer Høvik, Sigurd Humerfelt, Jon Efskind og Kjell Johansen i «barneavdelingen» på venterommet. Foto: Privat.*

Egil Fuglum, Jon Efskind, Kjell Johansen og Peer Høvik, senere supplert av Arne Bjørge og Odd Schei, etter at Fuglum og Høvik sluttet etter kort tid. Senere var det flere utskiftninger. Det første året hadde praksisen også to turnusleger. Det var legemangel i Bergen, og legene i gruppepraksisen skulle i tillegg til kurativt arbeid drive sykebesøk, legevakt og tilsynslegevirksomhet, spesielt rettet mot innbyggere i et geografisk område i Årstad menighet (figur 1). Planen var å kartlegge helsebehovene for denne befolkningen. Legene skulle også delta i instituttets undervisning, avlønnet av Legeforeningen etter egen avtale.

Gruppepraksis var på denne tiden en ny driftsform, og i Bergen var det kun Fyllingsdalen legesenter som allerede hadde en slik organisering. Gruppepraksis ble valgt for å kunne tilby bedre service, inkludert laboratorietjenester, til pasientene, og bedre arbeidsforhold for leger og medarbeidere. Legene organiserte seg med akuttvakt på rotasjon, og det ble planlagt å tilby vakttjeneste i tiden 08–18, for å dekke tiden frem til den kommunalt organiserte Sykebesøksformidlingen startet. Flere av legene i gruppepraksisen var aktive innen fagutvikling. To av dem, Steinar Fosse og Johan Fredrik Nilsen, var i årene rundt 1980 sentrale i utviklingen av Infodoc, en ny programvare for elektronisk pasientjournal – EPJ (se egen omtale). Infodoc har siden vokst seg stor og sterk og er fortsatt i 2022 en viktig aktør i EPJ-markedet.

*Figur 2: Gruppepraksisen hadde etter datidens forhold et velutstyrt laboratorium. Her er fysiokjemiker Eva Thrane og laboratorie-assistent Beth Vikøren Hansen i arbeid. Fra reportasje i avisen Dagen 22. april 1972.*



*Foto: Dagen.*

*Figur 3: Legeforeningen sto for utlysning og tilsetting av medarbeidere ved legepraksisen. BT 16. juni 1972. Faksimile: Nasjonalbiblioteket.*

## Institutt for almenmedisin Universitetet i Bergen

Adr. Ulriksdal 8 C - 5000 Bergen.

I tilknytning til institutt etableres en gruppepraksisenhet omfattende 4 legeenheter. Lokalene består av konsulasjonsrom og undersøkelsesrom for hver av legene. Felles venterom, ekspedisjon med pasientarkiv, laboratorium med undersøkelsesrom. Hertil kommer toaletter, dusj og garderobe samt bibliotek og møterom i selve instituttets lokaler. De er forutsetningen at legene deltar i undervisningen av medisinske studenter og almenpraktiserende leger som et ledd i disses videre- og etterutdanning.

En ønsker ansatt følgende helsepersonell med snarlig tiltredelse:

1. **Sykepleiere:**  
Sykepleiere på deltid evt. engasjement. 2 sykepleiere. Utdanning og praksis i legekontorarbeid ønskelig.
2. **Legesekretær/kontorassistent:**  
2 stillinger. Utdanning og praksis i kontorarbeid nødvendig.

For samtlige stillinger forutsettes ordnet arbeidstid med mulighet for fleksibilitet. Lovfestet ferie. Lønn etter kvalifikasjoner og overensstemmende med gjeldende bestemmelser. Frie arbeidsklær.

Instruks for stillingene vil bli utarbeidet 3 måneders gjensidig oppsigelse. Helseattest fremlegges ved tilsetting.

K!Søknad med vitnemål og attester sendes Den norske lægeforening sekretariat, Inkognitogt. 26, Oslo 2, snarest og innen 1. aug. 1972.

Gruppepraksisen hadde en stor stab av medarbeidere: fire sykepleiere som betjente forkontor for hver lege, dessuten sykepleier og kontorassistent i ekspedisjonen samt sykepleier og laboratorieassistent på laboratoriet (figur 2). Medarbeiderne var lønnet av Legeforeningen (figur 3). Etter hvert ble praksisen privatisert med næringsdrift som økonomisk grunnlag, men legeforeningen støttet senteret med betydelige midler i mange år.

Som ledd i en formell integrering mellom universitetsinstituttet og legesenteret, tok Per Fugelli i 1984 initiativ til en radikal omorganisering av driften ved legesenteret, og gruppepraksisen ble nedlagt i 1985. Legene flyttet til andre legesentre eller startet egne praksiser, mens medarbeiderne ble sikret andre stillinger. Legesenteret ble pusset opp i 1985–1986 og hadde bare delvis drift i regi av vikarer disse årene.

### Ulriksdal legesenter – kombistillinger (1986–2003)

Fugelli oppfattet forpliktende nærhet til, og samhandling med klinisk allmennmedisin som en faglig forutsetning for instituttets akademiske aktiviteter. I 1985 ble det inngått en samarbeidsavtale mellom Bergen kommune og Universitetet i Bergen (UiB), der Bergen kommune skulle opprette en fastlønnet allmennpraksis (*Ulriksdal legesenter*) basert på to legeårsværk og medarbeidere (sykepleier og legesekretærer). Disse stillingene skulle utgjøre grunnlaget for fire kombinerte amanuensisstillinger (*kombistillinger*), hver med halv stilling som allmennlege og halv stilling som amanuensis (figur 4). Samarbeidsavtalen innebar at kombistillingene var koblet – man kunne ikke si opp den ene delen av stillingen uten samtidig å si opp den andre delen av stillingen. Formålet var å sikre og styrke et klinisk ankerfeste for instituttet. Kombistillingene representerte et viktig signal fra instituttet både



Figur 4. Omtale av kombilege-ordningen i BT 9. desember 1985. Faksimile: Nasjonalbiblioteket.

internt og eksternt om betydningen av forpliktende rammer som en integrert og tilrettelagt del av virksomheten.

I 1986 ble kombilegene tilsatt og fra januar 1987 var nyordningen i full drift ved at samtlige kombistillinger var besatt. De første kombilegene var Steinar Hunskår, Kirsti Malterud, Pål Voltersvik og Kjell Haug. Sistnevnte hadde permisjon i anledning sitt forskningsprosjekt, og hans stilling var besatt med vikar. Bemanningssituasjonen var i 1987 for alle personellgrupper preget av en overgangsfase med manglende stabilitet. Det nye legesenteret fikk plass i nyoppussete lokaler etter den tidligere gruppepraksisen. Senteret var samlokalisert med instituttet i Ulriksdal 8C, og mange pasienter fulgte med over til det nye legesenteret. Lokalene i 2. etasje var lyse, moderne og adekvate, men relativt enkelt utstyrt. Journalnotater ble, slik det var vanlig på denne tiden, skrevet inn i papirjournaler, dels via diktat, dels av legene selv. Atkomsten var ikke ideell for bevegelseshemmede, med trapp eventuelt heis via instituttets inngang og resepsjon.

De fire kombilegene organiserte sitt kliniske arbeid med to faste praksisdager ukentlig (mandag + tirsdag, eller torsdag + fredag), basert på deling av de to tilgjengelige legekantorene. Instituttets faste møter (instituttmøte, undervisningsmøte) og legesenterets praksismøte ble lagt til onsdager, som ble en samlingsdag der de fleste var til stede. Praksismøtet (60 minutter) omfattet presentasjon og drøfting av faglige spørsmål (som nye retningslinjer for diabetes, klinisk relevante forskningsresultater, vanedannende medikamenter), kvalitetstema (som tilgjengelighet, taushetsplikt, brukerundersøkelser) i tillegg til driftsspørsmål (fraværplanlegging, samarbeid og laboratorieprosedyrer). I tillegg møttes leger og medarbeidere til daglig morgenmøte (15 minutter) før pasientarbeidet startet. For kombilegene var onsdager også en ukedag for papirarbeid, administrasjon og møter med samarbeidspartnere. En lang periode var jordmor ansatt i kommunal stilling tilknyttet legesenteret for samarbeid om svangerskapskontroller.

Ulriksdal legesenter la vekt på å fremstå som et eksempel på en veldrevet og vanlig legepraksis som i de fleste spørsmål ikke atskilte seg fra andre legekantor i Bergen. De fleste av legene deltok også i den kommunale legevaktordningen. På midten av 1990-tallet tok legesenteret i bruk EPJ og fikk dermed digitale pasientjournaler og timebestillingsystem. Programmet var Profdoc, som på denne tiden var markedsleder blant sju mulige journalsystemer. På slutten av 1990-tallet ble Profdoc avløst av EPJ-systemet Winmed.

Pasienter tilknyttet Ulriksdal legesenter hadde tilbud om konsultasjoner for øyeblikkelig hjelp hver ukedag. Relasjonell kontinuitet ble tilstrebet ved at hver pasient hadde sin faste lege (dette var før fastlegeordningen), mens

akutt-timer hos en av de andre legene sikret dekning for pasienter på uke-dager da deres egen lege ikke var i praksis. Oppnåelse og vedlikehold av spesialiteten i allmennmedisin hadde høy prioritet for legene, og spesialitetskomiteens fortolkning av kriteriene falt gunstig ut for kombilegene.

For å styrke mulighetene for samhandling med lokale samarbeidspartnere som hjemmesykepleie og sosialkontor ble det lagt opp til at nye pasienter fortrinnsvis ble rekruttert fra nærområdet.

Siden legene delte kontor med hverandre, ble det lite flytting av praksisdager, og medarbeidere og de fleste pasientene opplevde kombilegenes halvtids tilstedeværelse som forutsigbar og akseptabel. En gevinst av denne stabiliteten var også at legene i liten grad opplevde forventninger om å stille opp ved kliniske problemstillinger utenom praksisdagene, ikke minst fordi situasjonen var lik for alle legene ved legesenteret. På samme måte ble kombilegenes praksisdager i hovedsak respektert og skjermet når studieplaner og undervisning ble planlagt, noe som jevnt over førte til god deltakelse i undervisningen og lite fravær fra praksis for kombilegene. For de fleste av kombilegene ble dette opplevd som rytmer som ga forutsigbare og overkommelige arbeidsdager, der praksis ga inspirasjon til forskning og undervisning og omvendt. Noen opplevde imidlertid kombirollen som fragmentert og uoversiktlig, kanskje særlig med utfordringer når det gjaldt å finne tid og konsentrasjon til forskning.

Tidlig dukket utfordringer opp knyttet til bedømmelse og ansettelse i kombistillingene. Samarbeidsavtalen forutsatte at søknader skulle underkastes vanlige vurderingsrutiner for de to delene av stillingen, med separat bedømmelse for den akademiske og den kliniske delen av stillingene. Det var den akademiske bedømmelsen som fikk prioritet ved ansettelser. Grunnet rekrutteringssituasjonen har dette skapt mange problemer for legesenteret i årenes løp, med midlertidige ansettelser, vakanser og stor gjennomstrømning som følge. Dette var mest uttalt de første årene, trolig fordi det den gang ikke fantes så mange allmennleger med akademiske kvalifikasjoner for fast stilling. Med årene ble kontinuiteten bedre. De fleste av kombilegene kvalifiserte seg også som spesialister i allmennmedisin, noe som styrket den kliniske kompetansen både på instituttet og ved Ulriksdal legesenter. Etter hvert vokste instituttet, både i antall akademisk ansatte og i kompetansenivå. Det var da blitt satt en standard om at klinisk praksis og gjerne spesialitet i allmennmedisin hørte sammen med akademiske stillinger i faget, og mange av de ansatte fant tilknytning i allmennpraksis utenfor Ulriksdal. På denne måten ble klinisk mangfold styrket i det akademiske miljøet (figur 5).

*Figur 5: Fastlege Guri Rørtveit rydder i kontorhyllene på Ulriksdal legesenter i 2003. Foto: Kirsti Malterud.*



For kombilegene ble det også en utfordring å gå inn i kommunalt forebyggende helsearbeid i tillegg til klinisk praksis. Tiden strakk rett og slett ikke til, hvis legene skulle drive åpen uselektert praksis med god bredde i pasientgrunnlag og problemstillinger. Til gjengjeld godkjente spesialitetskomiteen i allmennmedisin kombilegenes akademisk praksis som tellende 'annen offentlig allmennmedisinsk virksomhet'. Bemanningen ved Ulriksdal legesenter ble etter hvert supplert med en full stilling som allmennlege, opprettet for å dekke legesenterets forpliktelser innen kommunalt forebyggende helsearbeid. Ledelsesfunksjonen ved legesenteret (bydelslege I) ble også tillagt denne stillingen.

Legesenteret har med vekslende tyngdepunkt fungert som verksted for forskning, undervisning og fagutvikling. Noen av legene har hentet empiriske data til egen forskning fra konsultasjoner med legesenterets pasienter, andre har levert data til eksterne multisenterstudier nasjonalt og internasjonalt. Til tider har etterspørselen angående sistnevnte oppdrag vært i overkant, noe som ble ett av flere argumenter for utvikling av Praksisnett – en nasjonal infrastruktur for organisert samarbeid med legesentra som

ønsker å bidra med datainnsamling til utvalgte allmennmedisinske forskningsprosjekter (omtalt annet sted i boken).

De første årene var lokalene dårlig tilrettelagt for utplassering av lege-studenter i annet enn observatørrolle, men etter hvert ble det bedre muligheter for å tilby fullverdig utplassering der studentene også kunne gjennomføre selvstendige konsultasjoner med legesenterets pasienter under veiledning. Legesenteret tok da imot studenter på lik linje med øvrige allmennleger på Vestlandet, dessuten av og til ekstra for å få utplasseringskabalen til å gå opp for studenter som kom fra utlandet eller hadde måttet melde forfall i utplasseringsperioden. Da eksamen i allmennmedisin ble innført, bidro legesenteret med infrastruktur og utstyr ved behov. I tillegg har legesenteret mottatt gjester fra instituttet for omvisning, hospitering eller innføring i organisering av primærhelsetjenesten i Norge.

Arbeid med kvalitetsforbedring sto i alle år høyt på dagsorden ved Ulriksdal legesenter og ledet til publikasjoner om ulike tema. Fra 1997 ble en lokal prosedyrebok utviklet og implementert. Etter hvert deltok legesenteret i utprøving av *Trinnvis*, et styringssystem for små og mellomstore virksomheter i helsetjenesten. *Trinnvis* dannet utgangspunkt for legesenterets eget internkontrollsystem (Malterud 2007a; 2007b), som i 2008 ble belønnet med Legeforeningens kvalitetspris for primærhelsetjenesten. Fra 2001 ble årlig kvalitetsgjennomgang gjennomført ved legesenteret. Et eksempel på konkret tiltak utløst av kvalitetsforbedringsarbeidet var praktisk kurs i basal og avansert hjertelungeredning sammen med allmennleger og ambulansetjenesten på Osterøy (Thesen 2004). Tolv tretimers kurs med 10–16 deltakere ble gjennomført ut fra realistiske scenarier med datastyrt dukke, og trening i team. Brukerundersøkelser basert på ulike metoder med data fra pasientene ble gjennomført med jevne mellomrom, og erfaringene fra disse ble oppsummert og delt med kolleger i inn- og utland (Bjertnaes, 2011; Malterud, 2012; Malterud, 2013).

### **Næringsdrift og fastlegeordning på begynnelsen av 2000-tallet**

Som fastlønnete allmennleger i kommunal stilling (bydelsleger) hadde kombilegene ordnet arbeidstid, noe som for de fleste i all hovedsak lot seg praktisere. Samarbeidet med Helsevernetaten i Bergen kommune var godt, med høy grad av lokal autonomi. Selv om inntektsnivået i fastlønnsstilling etter hvert ikke lenger var konkurransedyktig med næringsdrift, var det få initiativer fra kombilegene angående endring av legesenterets driftsform i disse årene.

I januar 2001 ble Ulriksdal legesenter privatisert etter forhandlinger med Bergen kommune, som ledd i kommunens forberedelser til fastlegereformen.



Legene inngikk personlige driftsavtaler med Bergenhus bydel, ble selvstendig næringsdrivende og overtok ansvar for økonomi- og personalforvaltning som selvstendig virksomhet (*Ulriksdal legesenter DA*). Legesenteret ble organisert som et DA (delt ansvar), med prosedyrer for virksomhetsoverdragelse som styrende for videreføring av medarbeidernes ansettelser. I månedlige styremøter ble ledelse, personalansvar, økonomi, dataansvar og kvalitetsarbeid ivaretatt og delegert, i all hovedsak uten konflikter av betydning. For legene medførte endringen en merkbar økning av inntektsnivået, men også mye administrativt arbeid som tidligere hadde vært ivaretatt av kommunen.

I juni 2001 trådte fastlegeordningen i kraft. De kommunale driftsavtalene ble erstattet av personlige fastlegeavtaler, der legene overfor bydelen forplikter seg til å gi allmennlegetilbud til personer som er tilmeldt legens liste, innen en nærmere avtalt kontortid og åpningstid. Samarbeidsavtalen mellom Bergen kommune og UiB ble revidert i 2001, men fortsatt ble kombi-ordningen videreført. Fire av de fem fastlegene ved Ulriksdal legesenter var også fortsatt ansatt i akademiske stillinger ved instituttet.

Privatisering av legesenteret og innføring av fastlegereformen førte til at en rekke punkter i den gamle samarbeidsavtalen mellom UiB og kommunen ikke lenger var relevante, selv om intensjonen bak samarbeidet og kombistillingene fortsatt var høyst aktuell. Fastlegereformen innebar at tildeling av fastlegehjemler og salg av praksis ble regulert av sentralt regelverk i samsvar med kommunehelsetjenesteloven, forvaltningsloven og av sentrale avtaler mellom partene. Dermed kunne ikke lenger UiB ved Det medisinske fakultet være forpliktet til å tilby akademisk stilling til ny hjemmelinnehaver av fastlegestilling ved Fjellsiden legesenter. Kommunen kunne ikke lenger gjøre krav på at akademisk deltidsstilling automatisk skulle medfølge når fastlegehjemmel skiftet hjemmelshaver, på samme måte som UiB ikke kunne gjøre krav på kommunal fastlegehjemmel ved skifte av akademisk stillingsinnehaver. Det ble derfor stadig vanskeligere å se for seg en videreføring av den strenge koblingen via stillinger og tilsetning som tidligere hadde vært praktisert for kombi-stillingene.

Samarbeidet måtte derfor finne en ny form, uten Bergen kommune som en sentral samarbeidspartner, og med legesenteret som en selvstendig driftsenhet uten subsidiering fra UiB. Den gamle samarbeidsavtalen ble derfor avvirket (2000/2003/2005) slik at stillingene heretter kunne frikobles. For å ivareta samarbeidet om en akademisk praksis lokalisert i Kalfarveien 31, var heretter Fjellsiden DA og UiB de reelle samarbeidspartene, om enn ikke lenger formelt.

## Fjellsiden legesenter (2003 -)

Likevel fortsatte ordningen der fire fastleger kombinerte halvtids klinisk praksis med halv akademisk stilling på instituttet i mange år fremover, i samsvar med de opprinnelige intensjonene bak kombistillingene. I tillegg hadde fortsatt legesenteret tilknyttet en fulltids fastlege uten akademisk stilling. Samlokalisering av instituttet medførte i oktober 2003 flytting fra Ulriksdal 8C til Kalfarveien 31. Legesenteret hadde primært ikke noe ønske om å flytte fra daværende lokalisering, men oppfattet samarbeidsavtalens punkt om samlokalisering som både forpliktende og hensiktsmessig. Det samme gjaldt for seksjonen og instituttet, som argumenterte sterkt overfor universitetet at det måtte tilby lokaler egnet for et legesenter i instituttets nye lokaler. Partene søkte derfor å finne fram til en løsning der legesenteret også kunne tilbys lokaler i Kalfarveien 31, fortsatt beliggende i Bergenhus bydel med omtrent samme nedslagsfelt som tidligere.

Seksjon for allmennmedisin ble plassert i 1.etasje av Paviljongen, mens legesenteret fikk disponere underetasjen, som ble rehabilitert for formålet. I samarbeid mellom instituttet, UiBs eiendomsavdeling og Entra (den statlige formelle eieren av Kalfarveien 31) ble dette formalisert ved at legesenteret inngikk framleieavtale med UiB til vanlig markedsleie. Entra gjennomførte byggarbeidene i nært samarbeid med leger og medarbeidere ved senteret, noe som førte til mange praktiske forbedringer og modernisering, sammenliknet med lokalene i Ulriksdal 8C.

Viktigst var kanskje beliggenheten på gateplan med forbedret atkomst for funksjonshemmede. Det var også gode parkeringsmuligheter. UiB hadde tilrettelagt for samlokalisering, men subsidierte ikke legesenteret. Etter privatisering av legesenteret to år tidligere hadde heller ikke Bergen kommune noe økonomisk ansvar. Legesenteret dekket derfor selv så vel driftskostnader som kapitalinvestering, som følge av at lokalene i Kalfarveien skulle bli legesenter. I forbindelse med flyttingen skiftet legesenteret navn til *Fjellsiden legesenter*.

Næringsdrift og flytting førte likevel ikke til omfattende endringer sammenliknet med tidligere virksomhet. Blant leger og medarbeidere var det stort sett god kontinuitet, og etablerte rutiner fra Ulriksdal legesenter ble i all hovedsak videreført av de samme personene det kommende tiåret. I 2014 ble EPJ-systemet Winmed etterfulgt av CMG. I dag bruker legesenteret Infodoc, altså det EPJ-systemet som ble utviklet ved den første gruppepraksisen tilknyttet instituttet – et system som alltid har stått særlig sterkt blant allmennleger på Vestlandet (se eget kapittel). I én periode var fire av kombilegene professorer i allmennmedisin (Bjorvatn, Malterud, Rørtveit og Smith-Sivertsen). Selv om disse hadde sine egne akademiske interesseom-



*Figur 6: Lunsj og fagmøte i Fjellsiden legesenter i 2003. Fra venstre foran: Kirsti Malterud, Bjørn Bjorvatn, Ole Fritjof Norheim. Fra venstre bak: Anna Rogde Haavik, Anne Grethe Nossum, Guri Rørtveit, Eli Asphaug, Niels Saaby Hansen. Foto: Privat.*

råder, ble det fortsatt lagt vekt på at det skulle drives åpen, uselektert legepraksis ved Fjellsiden legesenter.

Også arbeidet med kvalitetsforbedring ble videreført. Legenes fagmøter var blitt godkjent av spesialitetskomiteen i allmennmedisin som tellende smågruppemøter for etterutdannelsen. Disse fortsatte som før med fastlagt faglig program med presentasjoner av senterets egne leger og besøk av eksterne gjester (figur 6). Legesenteret var tidlig ute med deltakelse i utprøving av nye verktøy for uttrekk av elektronisk pasientjournal (Medrave), noe som senere er blitt et viktig grunnlag for datainnsamling til allmennmedisinsk forskning i Praksisnett. Fjellsiden legesenter har også vært arena for TVEPS (Senter for tverrprofesjonell samarbeidslæring) med trening av helse- og sosialfagstudenter. TVEPS er et prisbelønnet samarbeid mellom Universitetet i Bergen, Høgskulen på Vestlandet, Bergen kommune og Øygarden kommune.

Fra 2015-tallet endret tilknytningen mellom legesenteret og instituttet seg gradvis, ved at flere nye fastleger uten fast akademisk stilling overtok hjemler som ble ledige når tidligere kombileger sluttet. Fortsatt var driften ved legesenteret basert på deling av kontorer, og legene har derfor vært i eksternt virksomhet med kommunalt allmennlegearbeid, blant annet på sykehjem. En periode fungerte flere av instituttets ph.d.-stipendiater som

fastlegevikarer ved Fjellsiden legesenter, men uten forpliktende samvirke mellom akademisk og klinisk praksis. I 2021 er Fjellsiden legesenter fortsatt i drift i lokalene i Kalfarveien, men det er bare en av de seks legene som også har fast universitetsstilling ved instituttet.

### **Alrek legesenter – samarbeid på nye premisser (2020–)**

Med planlegging av Alrek helseklynge på Årstadvollen ble spørsmålet om samarbeid mellom UiB og Bergen kommune igjen aktualisert. Men Fjellsiden legesenter hadde endret karakter og var ikke lenger en opplagt arena for forpliktende samarbeid mellom akademisk og klinisk allmennmedisin. Nye forutsetninger ble derfor lagt til grunn da det nye *Alrek legesenter* ble etablert av Bergen kommune og lokalisert i Alrek helseklynge fra 2020.



*Figur 7. Medarbeiderne ved Alrek legesenter i oktober 2021. Første rad fra venstre: Kristin Lygre (helsesekretær), Anne Bakkeplass (helsesekretær), Kathy Ainul Møen (fastlege, faglig leder og spesialist i allmennmedisin), Hilde Aarthun (ALIS). Bakre rad: Magnus Farstad (ALIS), Berit Karin Haaskjold Hagen (daglig leder, helsesekretær), Jeanette Monsen (helsesekretær) og Lars Atle Soldal (ALIS). Fravær: Henning André Lien (spesialist i allmennmedisin). Foto: Privat.*

Siden Samhandlingsreformen (2012) hadde fastlegekrisen gradvis utviklet seg med økt arbeidsbelastning og uakseptabelt lang arbeidstid. Som konsekvens av dette økte avgangen av fastleger og rekrutteringen av nye fastleger viste seg vanskelig. Etter utprøving i pilotprosjekter flere steder i landet, ble ALIS-ordningen etablert (ALIS: allmennleger i spesialisering), med kvalitetssikret og effektivt spesialiseringsløp i allmennmedisin. Spesialistkandidatene fikk i større grad velge mellom allmennpraksis med fastlønn eller næringsdrift, og veiledning og oppfølging var godt tilrettelagt.

Erat for helsetjenester i Bergen kommune fikk høsten 2019 i oppdrag å etablere et kommunalt legekontor for fem fastlønnede leger i den nordlige delen av Alrek helseklynge. To av disse skulle være spesialister i allmennmedisin, mens tre stillinger ble forbeholdt ALIS. ALIS-stillingene skulle inngå i kommunens utdanningsplaner for ALIS. Alrek legesenter skulle også ha et tett samarbeid med de andre aktørene i Helseklyngen, med et særlig fokus på FoU. En stilling som koordinator for ALIS ble besatt av lege i førsteamanuensisstilling (20%) ved UiB og instituttet (Kathy Ainul Møen). Grunnet pandemien har det tatt tid å komme ordentlig i gang med virksomheten, herunder også formalisering av avtaler og samarbeid, men høsten 2021 er Alrek legesenter i god drift (figur 7). Her er EPJ-systemet CMG i bruk.

## Litteratur

- Bjertnaes OA, Lyngstad I, Malterud K, Garratt A. The Norwegian EUROPEP questionnaire for patient evaluation of general practice: data quality, reliability and construct validity. *Fam Pract* 2011; 28: 342-9.
- Malterud K. Internkontroll på et allmennlegekontor. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2007; 127: 2236-8.
- Malterud K. Forebygging av faglige feil på allmennlegekontoret. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2007; 127: 2239-41.
- Malterud K, Lyngstad I. MiniPEP – brukerundersøkelse som metode for praktisk kvalitetsforbedring på allmennlegekontoret. *Utposten* 2013; 42 (2): 26-31.
- Malterud K. Brukerundersøkelser i allmennpraksis – Erfaringer med ulike metoder. *Utposten*. 2012; 41 (3): 14-9.
- Thesen J, Mosevoll TD, Malterud K. Hjerte-lunge-redning i kommunehelsetjenesten – enkelt program for opplæring og vedlikehold. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124: 322-3.

## 7. Videre og etterutdanning for allmennleger – en kjerneoppgave

*Michael 2022; 19: Supplement 29, 261–78.*

*Da Institutt for almenmedisin startet i 1972, kom pengene fra Legeforeningens fond for legers videre- og etterutdanning. Det var klare forventninger til at instituttet skulle bidra på dette området. Allmennpraktikerne hadde lenge savnet etterutdanningskurs av og for faget. Kursvirksomhet bidro dessuten til goodwill og styrket kontaktflaten mellom akademi og praksis. I Bergen var kurs for allmennlegene en hovedvirksomhet i mange år, inntil det ble en viss nedtrapping rundt 1990. Men også senere har de ansatte deltatt i kursvirksomhet i stort omfang, både som formelle arrangører, som kursledere og som undervisere. Noen av de lokalt arrangerte kursene har lange tradisjoner og er kjente over hele landet. De fleste kursene arrangeres i regi av Legeforeningen, og universitetet har nå ingen formell rolle i spesialistutdanningen av allmennleger. Dette gir både utfordringer og spenninger.*

Universitets kjerneoppgaver er forskning, undervisning og formidling. Ved oppstarten i 1972 var det minimalt med forskning innen allmennmedisin, det var ingen plass for faget allmennmedisin på legestudiet, men det var klare forventninger om at instituttet skulle delta i utdanningen av allmennleger. Det var på den tiden ingen formell spesialisering for allmennleger, men et stort behov for kompetanseheving.

Allerede i 1973 inviterte instituttet leger fra Bergen og omegn til *Lørdagskurs for almenleger*. Lørdagskursene, en lørdag formiddag hver måned, tok opp kliniske emner, og deltakerne fikk diskutere vanskelige tilfeller med kolleger (figur 1). Det første møtet ble holdt 27. januar 1973 og kursserien holdt det gående helt til 1988.

En annen tidlig tradisjon var å arrangere det årvisse *Høstkurset for almentpraktiserende leger og offentlige leger* i samarbeid med Hordaland legeforening. Instituttet var også tidlig ute med å arrangere mer tradisjonelle kurs, typisk om ulike sykehusfag med tilføyelse «for almentpraktiserende leger»: Øre-

Til  
almenpraktiserende leger i Bergen og  
offentlige leger (distriktsleger) i Bergens omegn

MØTE INSTITUTT FOR ALMENMEDISIN 27 JANUAR 1973

Vi har tidligere meddelt våre kolleger at instituttet vil arrangere regelmessige møter med fastlagt undervisningsprogram. Av hensyn til de tilreisende leger utenfor Bergen vil disse møter inntil videre bli lagt til siste lørdagen i hver måned (dog med visse forbehold idet tilpasning til høytider og annen møtevirksomhet for almenpraktiserende leger nødvendigvis må føre til forandringer). Møtene holdes etter lørdagsmøtet på Haukeland sykehus.

Vårt tilbud om undervisningsprogram vil basere seg på aktuelle emner innenfor fagområdet almenmedisin, med korte foredrag og demonstrasjoner, etterfulgt av god tid til diskusjon. Dessuten vil vi reservere tid til diskusjon om problemkasus. Det er her meningen at alle kolleger som står overfor visse problemer av diagnostisk og terapeutisk art kan legge frem problemer til åpen diskusjon. Vi vil forsøke å gi råd og veiledning i den utstrekning vår kompetanse strekker til.

Våre møter er beregnet på almenmedisinsk problematikk. Derfor er det ikke meningen at vi skal ta opp problemer som kollegene får besvart bedre innenfor sykehusmedisinen med all den fagkompetanse som Haukeland sykehus har i de enkelte spesialiteter (subspesialiteter).

Program lørdag 27 jan 1973.

Møtested: Auditoriet, Diakonissehjemmets sykehus  
Haraldsplass.

- Kl 0930    Behandling av luftveisinfeksjoner  
i almenpraksis.  
Innleder: Dosent dr.med.S. Tschudi Madsen  
(25 min).
- Diskusjon.
- " 1045    Enkle lungefunksjonsprøver  
v/dr. Arne Bjørge (10 min).  
Demonstrasjon av vitalograf  
v/dr. Olav Sulheim (10 min).
- " 1115    Problemkasus.
- " 1200    Kort diskusjon om fremtidige  
møter.

*Figur 1: Invitasjonen til det første møtet i «Lørdagskurs for almenpraktikere», 27. januar 1973. Dette er sannsynligvis den første utadrettede aktiviteten fra Institutt for almenmedisin etter oppstarten 21. april 1972. Lørdagskursene ble en lang serie av enkeltmøter som holdt det gående helt til 1988. Oppstartåret 1972 ble ellers brukt til planlegging av fremtidige aktiviteter og å få etablert legepraksisen.*

# Legene har drøftet kost og etikk

— Leger fra hele landet har i denne uken vært samlet på Solstrand til et kurs for allmennpraktikere, forteller lege Kjell Johansen til Bergens Tidende. Kurset har vært arrangert av Allmennpraktiserende Legersforening og Institutt for Allmennmedisin i Bergen i fellesskap. Det har deltatt 72 leger og 30 ektefeller, som også har vært med i en del av det faglige program. Noen av deltakerne har bare et par års praksis, men det er også leger med et helt livs praksis bak seg.

Vesentlige emener har vært tatt opp. Den første dag behandlet man etikk i allmennpraksis, og det var professor Knut Erik Tranøy fra Universitetet i Bergen som tok for seg de etiske aspekter. Han har i mange år forelest for de medisinske studenter om etiske problemer.

For høyt blodtrykk sto på programmet en hel dag. Professor Sigurd Humerfelt, spesiallege Olav Sulheim og dosent Per Lund-Johansen var forelesere. Det ble også drevet praktiske øvelser i å måle blodtrykk, noe som ikke er



F.v. Kjell Johansen, Bergen, Arne Øvretveit, Sande i Sunnfjord, Synnøve Grønn, Bergen, Per Ivar Strugstad, Steinkjer og Helge Mjelde, Osterøy.

sa helt enkelt. En dag var viet foreningssaker, forskningsstipendiat Kåre Rommetveit kunne legge fram interessante fakta i undersøkelser som er foretatt om hvor det blir av legene etter endt utdanning.

I går fikk legene møte tre spesialister, professor Torstein Bertelsen fra Øyeavdelingen, dosent Per H. Finne fra Barneklubben og og overlege Magnus Tangen, og

fikk anledning til å spørre fritt. Diett og kosthold sto på programmet en dag, dosent Hans H. Bassoe og spesiallege Ole Myking redegjorde for overvekt og kosthold ved sukkersyke, mens universitetslektor Sigurd Seim tok for seg vurdering av kosthold. I dag står abortproblematikken på dagsorden. Ektefellene deltar i diskusjonen, det har de også gjort i emnene etikk og kosthold.

*Figur 2: Artikkel i Bergens Tidende 18. oktober 1976 om Solstrandkurset, et kurs som fortsatt arrangeres årlig i festspilltiden. Ansatte ved Institutt for allmennmedisin har vært mye brukt både som medlemmer i kurskomiteen og som foredragsholdere opp gjennom årene. Kilde: Nasjonalbiblioteket.*

nese-hals, gynekologi, revmatologi og EKG- og laboratoriekurs. Fra 1975 av deltok en eller flere ansatte fra instituttet i kurskomiteen for det årlige Solstrandkurset som allmennlegeforeningen (Aplf, AF) arrangerte (figur 2). Dette tradisjonsrike kurset arrangeres den dag i dag i festspilltiden.

Etter fem år, i 1978, kom det for første gang et kurs om forskning i allmennmedisin, da som et samarbeid med instituttet i Oslo. Kurset ble senere gjentatt flere ganger senere, men da i egen regi. Dette var starten på en særskilt viktig rolle som instituttet fikk når det gjaldt forskningskompetanse som del av utdanningen til spesialist i allmennmedisin.

## Formelle roller

Det medisinske fakultet så det som sin oppgave å bidra i utdanning og kompetanseheving hos allmennlegene. Mange sykehusavdelinger arrangerte



regelmessig kurs i sine respektive fagområder. Fakultetet hadde en egen videre- og etterutdanningskomite (VEUK), som både skulle samordne og utvikle kursporteføljen. Her kom professor Sigurd Humerfelt tidlig med, fra 1976 som formann helt til han gikk av i 1984. Da tok Per Fugelli over. Jørund Straand kom inn i komiteen fra 1990 og var leder 1997–1999. VEUK samarbeidet tett med *Kontor for legers videre- og etterutdanning* ved fakultetet. Kontoret var hovedsakelig finansiert av Legeforeningen og kontoret tok seg av alt som hadde med annonsering av videre- og etterutdanningskurs i den årlige kurskatalogen (vedlegg til *Tidsskriftet* hvert nyttår), påmelding, kursbevis og økonomi. Denne ordningen vedvarte helt til for få år siden.

### *Kurs for spesialistutdanningen for allmennleger*

En merkesak for allmennmedisinen på 1960- og 1970-tallet var kampen for å bli en egen spesialitet, på linje med sykehusfagene. I 1973 opprettet Legeforeningen en egen tittel, *Almenpraktiker Dnlf*, for allmennleger som hadde gjennomgått konkrete krav til utdanning og praksis. Dette vedvarte til 1985 da allmennmedisin ble en fullverdig medisinsk spesialitet, med fem års utdanningstid. I tillegg til fire år i allmennpraksis og et år på sykehus, var det krav om ulike utdanningsaktiviteter, herunder 400 kurstimer. Blant disse timene var det fire obligatoriske grunnkurs, der det ene omhandler forskning i allmennpraksis.

I forbindelse med vedtak om å opprette spesialitetene i allmennmedisin og samfunnsmedisin i 1985, tok instituttet initiativ til å etablere *Koordineringsutvalget av videre- og etterutdanning for primærleger på Vestlandet*. Formålet var å samordne planlegging og gjennomføring av kursvirksomheten til kurskomiteene i legeforeningene i Sogn og Fjordane, Hordaland og Rogaland, både for å hindre unødig overlapp på tema eller tidspunkt, men også for å sikre en forutsigbar rulleringsplan for de obligatoriske grunnkursene i regionen. Geir Thue var første leder av koordineringsutvalget (1986). Et par år seinere tok Jørund Straand over stafettspinnen og hadde den fram til 1999.

Det var Legeforeningen som hadde ansvaret for spesialistutdanningen fra 1985. Dette varte helt til 2017 da ansvaret ble overtatt av Staten ved Helsedirektoratet. Men fortsatt er Legeforeningen den dominerende aktøren når det gjelder kursutdanningen i allmennmedisin.

### *Strid om ansvar og penger*

Forholdet mellom universitetene, Legeforeningen og de akademisk ansatte har vært preget av godvilje og entusiasme, men også av spenninger og konflikter. For det første var universitetet og fakultetet opptatt av å ha et stort

utvalg kurs, men utover kurskomiteen hadde fakultetet ikke noen politikk for å pålegge ansatte å arrangere kurs eller å delta i kursvirksomheten. Det ble derfor i stor grad en frivillig og litt tilfeldig aktivitet, også for de ansatte i allmennmedisin. Etter 2017 har universitetene ingen rolle i spesialistutdanningen, og det er ingen insitamenter fra instituttene til å arrangere kurs. Likevel har enkeltpersoner engasjert seg som både kursledere og undervisere, og universitetsansatte i Bergen er populære bidragsytere i allmennelegekurs både lokalt og nasjonalt.

Alle ansatte som underviste på legekursene, ble fra starten honorert etter Legeforeningens (høye) satser, selv om planlegging og undervisning skjedde i arbeidstiden. Dette ble ansett som en rettighet og en godtgjøring for et ekstraarbeid. Mot slutten av 1990-tallet ble det fremmet krav om at UiB-ansatte måtte dokumentere at de hadde oppfylt undervisningsplikten, før de kunne kreve honorar for å undervise på kurs. Dette ble en medvirkende årsak til at de fleste videre- og etterutdanningskursene da ikke lenger ble arrangert av universitetsinstituttene, men fikk en underforening i Legeforeningen som formell arrangør. Da kunne honoreringen fortsette som før.

### **Instituttet og kursvirksomheten på 1980-tallet**

På 1980-tallet var en stor andel allmennleger fast ansatte bydelsleger i Bergen kommune. Det ble holdt regelmessige kveldsmøter i regi av *Forum for allmennmedisin*, der flere av instituttets leger deltok. Bydelsoverlege Synnøve Grønn var her en viktig drivkraft. Dessuten arrangerte Bergen kommune årlig kurset *Legen og medarbeideren* som gikk over to dager. De fast ansatte bydelslegene ved Ulriksdal legesenter ble ofte benyttet som undervisere på disse kursene.

I 1986 arrangerte instituttet for første gang kurset *Almenmedisin for almenpraktikere* (!), der kurskomiteen bestod av Per Fugelli, Kjell Haug og Tone Sørland. I de neste årene ble dette kurset videreført som kurset *Allmennpraktikeren som lærer*, og ble en del av tilbudet til de legene som hadde studenter i praksis. Slike kurs holdes den dag i dag, og er nærmere omtalt i kapitlet om studentpraksis.

Ved gjennomgang av årsmeldingene fra 1985–1990 ser vi at Institutt for allmennmedisin var ansvarlig for 10–15 kurs årlig, gjennom kursansvar, kursledelse eller medlem i kurskomiteen. I tillegg var mange av instituttets ansatte engasjert som undervisere ved mange kurs. Det var ikke uvanlig med 50–80 enkeltinnlegg årlig på kurs for allmennleger, spredt over hele landet.

I årsmeldingen for 1990 skriver Fugelli at vektleggingen av forskning de neste årene vil måtte få følger for kursvirksomheten. De neste årene

konsentrerte man seg om kurs med direkte utspring fra de ansattes forsknings- eller hovedinteressefelt. Dette har vært en politikk helt til det siste. Men det har vært to unntak: Deltakelse i to av de fire obligatoriske grunnkursene for spesialistutdanningen for allmennleger (Grunnkurs I og III). Det var naturlig for instituttet å engasjere seg i disse to grunnkursene. Dette fordi kursene inneholder kjernestoff som akademiske allmennleger skal ha særskilt kunnskap om (Kurs I: Allmennmedisinsk ideologi og teori), eller krevder metodekunnskap der forskere skal ha særskilt kompetanse (Kurs III: Vitenskapelig metode, statistikk og epidemiologi). *Disse to kursene omtaler vi derfor særskilt.*

## Grunnkurs I – Allmennmedisin: Her og der, men mest på Voss

I 1987 gjennomførte instituttet for første gang Grunnkurs I i allmennmedisin. Dette var i Bergen, men man deltok også på samme kurs i Ullensvang og på Ustaoset. Men allerede neste år (1988) ble kurset etablert på Voss, med lokal kurskomité der (figur 3 og 4). Kurset hadde en kombinasjon av lokale allmennleger og gjesteforelesere fra instituttet i Bergen. Blant forelesere det andre året var Per Fugelli om fag og profesjon, Harald Siem om screeningsbegrensninger, Peder Ringdal og Bernt Dalveit om praktiske og juridiske forhold rundt å drive allmennpraksis, Even Lærum om allmennmedisinsk forskning, Kirsti Malterud om konsultasjonen og kommuneoverlege på Voss, Richard Jacobsen, om organiseringen av den kommunale



Moderne datateknikk i legen si teneste, var eitt av emneområda på grunnkurset i allmennmedisin som vart avvikla på Voss denne veka. Her er det Knut Hernes som fortel sine lokale kollegaer Bernt Dalveit (t.v.), Peder Ringdal og Marit Hafting om edb/ens sine finesser. (Foto Sjur Herre)

Landsomfattande legekurs på Voss denne veka:

## Allmennmedisin som spesialfelt

— Det å vera allmennpraktiserande lege, vert ei stadig meir uoverkomleg oppgåve. Helle tida skjer det ei rivande utvikling innan medisinen, og dessutan må me sjølv forny oss, om me skal fungere i yrket. Det

ROLF TEPSTAD

Kurset er eitt av fire grunnkurs for legar som vil verta spesialistar innan allmennmedisin. På dagorden har det stått alt frå samtaleteknikk til edb og urtemedisin. Det siste naturlegvis med Ulvik-legen Geir Flatabo som forelesar. Eit anna kursenme har dreia seg om: «Den utbrente legen». Dr. Dalveit, som også har vore kursdelektar, opplyser at Voss kanskje vert fast kursstad for dette grunnkurset i framtida.

Fire grunnkurs

For å bli spesialist i allmenn-

medisin må ein ha vore allmennpraktiserande lege i fire år. I tillegg må ein ha eitt år på sjukehus bak seg (utanom turnustestental). Fyrst når dette er unna-gjort, kan ein ta til på dei fire nemnde grunnkursane — som gjev ein rett til å vera yrkestittelen spesialist i allmennmedisin. Kursa omfattar til saman 400 timar.

Delektarane som var samla på Voss denne veka kom hovudsakleg frå dei tre fylka Rogaland, Hordaland og Sogn og Fjordane. Men då det pr. i dag er langt større ettespurnad etter desse kursane, enn utbod av kursplassar, var det også med ein del legar frå resten av landet.

Livslang kursing

Den nemnde kursinga er ein konsekvens av den rivande utviklinga ein har i faget. «Dei som vil vera yrkestittelen spesialist i allmennmedisin, lyt difor — i tillegg til grunnkursane — tilbringa to heile veker kvart einaste år som kursdelektar! På denne måten skal spesialisten i allmennmedisin bringast ajour med det som til ei kvar tid skjer på området.

Dalveit underrekar likevel at det ikkje er snakk om å senda alle allmennpraktiserande legar på slike kurs. Om ein vil verta spesialist i faget, eller ikkje, vil stadig vera opp til den enkelte.

*Figur 3: Grunnkurs I ble flyttet fra Bergen allerede etter et år, og ble senere holdt på Voss med lokal kurskomité. Her faksimile fra oppslag i lokalavisen Hordaland 23. april 1988. Legg merke til en interessant kommentar på slutten av artikkelen: Det er slett ikke nødvendig for alle allmennleger å gå slike kurs, og å bli spesialist eller ikke, er en helt frivillig sak. Foto: Sjur Herre.*

# «Allmenn-lækjarar» tek spesialutdanning

Allmennpraktiserande lækjarar frå heile landet får i dag tilbod om spesialutdanning innan allmennfagleg medisin. I løpet av ein femårs-periode skal lækjarane som vel denne spesialutdanninga gjennomføra ein del kurs, og mellom anna ha ein praksisperiode på eit sjukehus. Eit slikt kurs vert denne

veka halde på Voss, og 50 deltakarar frå heile landet er til stades. Det er dei fire allmennpraktiserande lækjarane Peder Ringdal, Bernt Daltveit, Knut Hernes og Marit Hafting som står for arrangementet av kurset denne gongen.



Lækjarane Peder Ringdal og Marit Hafting er glade for å ha fått professor Per Fugelli (midten) til å halda føredrag på dette kurset. (Foto: Sjur Herre)

## OLAUG MARGRETE LID

Denne spesialutdanninga er det dei allmennpraktiserande lækjarane sjølve som har funne på, og det er også dei som har valt å ta denne utdanninga — der dei kvar sin gong arrangerer kurs. Professor Per Fugelli som var forelesar under kurset måndag seier at det er godt at ikkje det er universiteta som har funne på eller lagt opp kursa, men dei allmennpraktiserande lækjarane sjølve.

— No er det heile meir jordnært og har eit nyttig preg. Med universitetet i brodden hadde kursa vorte for fjernt for delta-

karane og fått eit akademisk preg, seier Fugelli.

Det er stadig noko nytt som skjer innan det medisinske, derfor vil desse lækjarane ta ekstra-utdanninga for å sikra kvalitet i yrket. Dette er ei livslang vidareutdanning, der ein kvart femte år må syna kursbevis på at ein har gjennomført det som trengst — for framleis å kunna kalla seg spesial-allmennpraktiserande lækjar.

— For å kunna ta seg av augo, huda, hjarta eller ein annan kroppsdell, må ein ha mangeårig ekstra-utdanning. Det

skulle såleis berre mangla at ikkje allmennpraktiserande lækjarar, som behandlar heile kroppen, også skulla ha si ekstra-utdanning, seier professor Fugelli.

90 prosent av dei som vert sjuke, vert lækt av allmennpraktiserande lækjarar, medan ti prosent må på sjukehuset. Det er svært viktig for dei allmennpraktiserande lækjarane å ha eit sjukehus i ryggen, og sjølvsgagt også ha eit godt samarbeid. Han tykkjer det er viktig for dei allmennpraktiserande lækjarane å prøva å kunna lækja endå fleire pasientar sjølve, slik at endå færre må på sjukehus.

*Figur 4: Også andre året med Grunnkurs I på Voss ble det oppslag i lokal-avisa Hordaland. Her faksimile fra utgaven 20. april 1989. Fra dette året ble kursene holdt på ettervinteren, med mulighet til å komme seg i alpinbakkene på Voss i en lang pause midt på dagen, hvis det fortsatt var skiføre.*

helse- og sosialtjenesten. Det var de lokale allmenn- og kommunelegene Ringdal, Daltveit og Jacobsen som utgjorde kurskomiteen de første årene sammen med Marit Hafting, Knut Hernes og lederen Reidar Berge.

Lege-pasient-kommunikasjon var et viktig punkt på programmet, og distriktslege John Nessa i Hjelmeland, senere førsteamanuensis ved UiB, hadde dette temaet de første årene, med utstrakt bruk av rollespill. Fra 1990 var Steinar Hunskaar og Eivind Meland fra UiB med og underviste blant annet om «Rosinene i den allmennmedisinske pølsa» og om klinisk diagnostikk i allmennpraksis.

I 2003 var det vansker med kontinuiteten i kurskomiteen på Voss, og det ble inngått et mer forpliktende samarbeid mellom de lokale legene og Seksjon for allmennmedisin i Bergen. Samarbeidet mellom lokale fastleger og undervisere fra fagområdet for allmennmedisin ved UiB har deretter holdt seg til det siste. De siste årene er det Edvin Schei som har undervist om kommunikasjon og Stefan Hjørleifsson om faget allmennmedisin og identitet som allmennlege. Jesper Blinkenberg har undervist om legevaktmedisin. Fastlege på Voss, Cecilia Sæthre, har vært kurskomiteleder de siste tiårene. Det siste grunnkurset på Voss ble arrangert i 2019. I 2020 ble det avlyst på grunn av pandemien. Det hadde vært færre deltakere de siste årene, og det er dessverre tvilsomt om kurset nå blir videreført.

### **Grunnkurs III – Forskning i allmennpraksis: Et flaggskip for fagmiljøet**

Dette kurset ble arrangert for første gang i 1987, og er arrangert alle år siden i regi av Hordaland legeförening, men med kurskomitéer og undervisere stort sett fra det akademiske miljøet. Høsten 2021 ble kurset arrangert for 35. gang, og 1600–1700 norske allmennleger har tatt kurset i Bergen i denne perioden. Kurset ble avholdt som fysisk samling i begge koronaårene 2020–2021, i to heldige uker om høsten, i smittetalls- og smittevernsmessig forstand.

Første kurset i 1987 var på Solstrand, med tittelen «*Epidemiologi, statistikk og miljørettet medisin*». Som kursprogrammet viser (figur 5), var kurset sterkt preget av teoretiske tilnærminger, med statistikk og regneøvelser (for hånd først og etter hvert med kalkulator). Allmennlegen Egil H. Lehmann i Haugesund hadde utdanning i matematikk og statistikk, hadde hatt forskningsstillinger i både Bergen og Tromsø, og var hjelpelærer ved instituttet i 1988–1989. Han la an et ambisiøst opplegg for 15 timer statistikkundervisning over tre dager. Ellers hadde professor Ole Berg innslag om medisinsk sosiologi, og siste dagen var det instituttets egne ansatte som underviste om forskningsprotokoll, helseopplysning og kommunediagnose. Kurset ble

oppfattet som tungt tilgjengelig og lite relevant for allmennlegens praktiske hverdag (figur 6).

I 1992 skriver leder for kurskomiteén, Trond Egil Hansen, til instituttet at Lehmann nå ville gi seg, og at dette var en anledning til å revidere kursprogrammet. Han spør om instituttet har egnede personer til å overta. Hvis ikke, skriver han, «blir alternativet å kontakte personer fra et statistisk, ikke-medisinsk fagmiljø. Dette står for meg som et vesentlig dårligere alternativ.»

Kursleder fra 1993 ble Jørund Straand, som etter hvert endret kurset radikalt i innhold og pedagogikk. I kursprogrammet ble det innført et langsgående gruppearbeid der deltakerne skal tenke seg at de har mottatt et forskningsstipend på seks måneder. I løpet av daglige prosjektmøter gjennom kursdagene skal hver gruppe utarbeide en prosjektbeskrivelse for et selvvalgt allmennmedisinsk forskningsprosjekt. Resultatene ble så presentert på en «allmennmedisinsk minikongress» siste dagen. Parallelt med gruppearbeidet består kurset av forelesninger om planlegging og gjennomføring av forskningsprosjekt, herunder om ulike vitenskapelige metoder.

De første årene hadde professor Stig Larsen fra MEDSTAT Research på Lillestrøm, nå NMBU, metodeundervisningen etter Lehmann. Der Lehmann stresset deltakerne med statistiske regneøvelser, raste Larsen i løpet av to hektiske dager gjennom et kompendium på et par hundre sider om planlegging av randomiserte kliniske studier. Kompendiet, som ble kopiert opp og delt ut til deltakerne, var egentlig pensum for et 32-timers kurs for kliniske forskere. Både valg av eksempel og det avanserte nivået lå imidlertid helt på siden av den introduksjonen til forskning som dette kurset skulle gi. De færreste av oss, om noen, har senere i våre forskerliv verken hatt befatning med latinske kvadraters design, multi-cross-over design eller play-the-winner design! Men det skal Larsen ha: Han var en særdeles engasjert og underholdende underviser. Grunnkurset ble imidlertid utvilsomt mer relevant etter hvert som allmennmedisinske forskere selv tok ansvar for metodeundervisningen.

Kurset var lenge på Solstrand, alltid i slutten av oktober. Fra år 2000 ble det flyttet til Bergen sentrum. De første par tiårene årene var det alltid sosiale arrangementer i form av teaterforestilling, show eller konsert i tillegg til festmiddag nest siste kvelden, med bussreise fra og til Solstrand.

Kurset har viktige funksjoner utover spesialistutdanningen, nemlig rekruttering til allmennmedisinsk forskning. Ved oppstart av kurset pleier vi å spørre om hvor mange av de rundt femti deltakerne som ville ha meldt seg på kurset om dette ikke hadde vært obligatorisk for spesialiteten: Kanskje et par-tre hender i været. Når vi så gjentar det samme spørsmålet ved kursavslutningen, har imidlertid den interesserte andelen vanligvis økt til anslags-

#### ALMENMEDISINSK GRUNNKURS

Del III: Epidemiologi, statistikk og miljørettet medisin.

Hordaland lægeforening innbyr med dette til almenmedisinsk grunnkurs del III, Epidemiologi, statistikk og miljørettet medisin.

Kurset er en del av spesialistutdannelsn i almenmedisin, og teller som obligatorisk grunnkurs med 30 timer.

Kurset avholdes i tiden 26. - 29. oktober 1987 på Solstrand Fjordhotel, Os i Hordaland. Det vil bli reservert enkeltrum til kursdeltakerne. Deltakerantallet er begrenset til 40.

Kursavgift: kr. 900,-.

Påmelding sendes almenpraktiker Sissel Holmen, Tveiter sveien 21, 5040 PARADIS innen 28. august. Eventuelle spørsmål kan også rettes til henne over telefon (05) 91 05 11.

Kurskomite: Kåre Aksnes, Sissel Holmen (leder), Kirsten Rokstad, Pål Voltersvik.

#### PROGRAM

Mandag 26. oktober:

08.30 - 09.00 Introduksjon

09.15 - 13.00 Tabellstatistikk. Signifikanstesting.

Gruppearbeid.

Egil Lehmann.

13.00 - 14.30 Lunsj.

14.30 - 17.30 Studie av utbredelse av sykdom og sykdomsdisposisjon. Insidens. Prevalens. Mortalitet.

Egil Lehmann.

Tirsdag 27. oktober:

08.30 - 13.00 Statistisk tankegang. Randomisering. Sannsynlighet. Gruppearbeid.

Egil Lehmann.

13.00 - 14.30 Lunsj.

14.30 - 17.30 Sannsynlighetsdiagnostikk. Sensitivitet. Spesifisitet. Prediktive begrep.

Even Lærum.

Onsdag 28. oktober:

08.30 - 13.00 Parametriske og ikke parametriske tester. Korrelasjon. Gruppearbeid.

Siri Nome.

13.00 - 14.30 Lunsj.

14.30 - 17.30 Medisinsk sosiologi. Gruppearbeid.

Ole Trond Berg.

Torsdag 29. oktober:

08.30 - 09.30 Protokollutforming.

09.45 - 10.45 Gruppearbeid

Kirsten Rokstad.

11.00 - 12.00 Helseopplysning. Planlegging og gjennomføring av et helseopplysningstiltak.

12.00 - 13.00 Gruppearbeid

Kjell Haug.

13.00 - 14.30 Lunsj.

14.30 - 17.30 Kommunedagnose - klinisk epidemiologi. Gruppearbeid.

Pål Voltersvik.

*Figur 5: Programmet for det første Grunnkurs III på Solstrand i 1987. Det var et 30-timers kurs med fire lange dager, der de tre første var spekket med avansert statistikk.*



STATISTISK-EPIDEMIOLOGISK JUBELROP

Mel.: Fjellveivisen

Det var i nittenåttiått'  
Førti doctores hadde fått  
plass på Solstrandkurs  
- men stemningen var laber  
Statistikk var ei vår stil  
Og vår lærer var en strill  
Situasjonen syntes oss litt vel makaber

Tabellering er 'ke lett  
Lehmann fikk oss ganske svett  
Deviasjonskoeffisient og standarderror  
Kji-kvadrat og Student's T  
vi fikk mer enn nok av det  
alfa-beta-konfidens og annen terror

Men det lysnet smått om senn  
Inn kom Even Lærum'en  
Snill og sensitiv  
med sine incidenser  
Usannsynlig spesifikk  
Får han sikkert god kritikk  
Feber mindre enn en dag får konsekvenser

Pass deg, får du en idé  
Ikke gjøre no' med det  
Du vet aldri om din(e) partner(e) skal få smøring  
Har du fått din vaginitt  
så vil Kirsten se sitt snitt  
Til å nekte deg en ukes overføring

Epidemiologi  
Cohort-studier på si'  
Glem pasientene, vær klar for andre dyster  
Et kondom det må du ha  
om sydenturen skal gå bra  
Det er verre å ha styr på sine lyster

Men, styre kan vi nå vår trang  
til å fortsette vår sang  
Det er best å slutte før vi blir senile  
Statistikk er blitt vårt felt  
Lehmann er vår alles helt  
Selv om vitsene til tider ble penile.

*Figur 6: I en gammel perm fra kurskomiteén for Grunnkurs III i Solstrandtiden har vi funnet to sanger som må være forfattet av kursdeltakerne til kursmiddagen. Teksten fungerer som både innholdsliste og evaluering fra kurset. Her er sangen fra 1988, andre året kurset ble arrangert. Teksten er kopiert på hotellets brevpapir.*



vis mellom en tredel og halvparten! Det finnes eksempler på at prosjekt som begynte som et gruppearbeid på grunnkurset, faktisk er blitt gjennomført i ettertid.

En ekstra bonus for instituttet er det at dette kurset har vist seg å være en svært nyttig arena for å rekruttere interesserte allmennleger til senere allmennmedisinsk forskning. Mer enn en håndfull av våre doktorander kan fortelle at de fikk interessen for forskning gjennom Grunnkurs III i Bergen! Grunnkurset gjennomføres nå som Grunnkurs D med tittelen *Allmennlegen som forsker og kunnskapshåndterer*. Kurskomitéen i 2022 består av Knut Erik Emberland, Steinar Hunskaar, Ingrid Hjulstad Johansen og Elisabeth Strømme, alle med god forankring i det lokale allmennmedisinske akademiske miljøet i Bergen.

#### *Grunnkurset som nasjonal modell*

Grunnkursene i allmennmedisin blir arrangert etter en nasjonal studieplan og rulleres slik at alle regioner har kurstilbud hvert år. Det betyr at kursene har litt ulikt innhold, og de første årene var alle preget av statistikken og dårlig relevans for allmennpraksis. Kurset i Bergen skilte seg fra 1993 og senere radikalt fra dette, og fikk etter hvert innflytelse på kursprogrammene landet over. Ryktene gikk om «det gode og populære» kurset i Bergen, og idéen om en langsgående gruppeoppgave der man skulle lage et allmennmedisinsk forskningsprosjekt fra egen praksis, spredte seg (figur 7). Ved revisjoner av programinnholdet tok legeföreningens spesialitetskomité stadig inn flere av elementene fra Bergenskurset, og de nasjonale programanbefalingene er nå nærmest identiske med kursprogrammet i Bergen.

#### **Andre viktige kurs med utspring fra instituttmiljøet i Bergen**

Gjennom instituttets femtiårige historie er det også andre kurs som har hatt en historie over noen eller mange år, og her nevnes noen av dem.

#### *Geriatreri for allmennpraktiserende leger*

I 1986 ble nevrologen Gudbrand Fossan tilsatt som overlege i geriatreri på Diakonissehjemmet Sykehus Haraldsplass og professor i faget ved UiB. Han knyttet universitetsdelen av geriatrifaget til Institutt for allmennmedisin. Noe av det første han dro i gang var *Geriatrisk forum i Hordaland*, som arrangerte regelmessige fagmøter på kveldstid der mange allmennleger deltok. Etterutdanningskurset *Geriatreri – sykdommer hos eldre* ble samtidig vinklet mer mot allmennpraksis og fra 1988 het kurset *Geriatreri for allmennpraktiserende leger*. Jørund Straand var med i kurskomitéen, og var kursleder fra 1991 til 1997. Et hovedtema på kurset handlet om seponering (avmedi-



*Figur 7: Fra Grunnkurs D høsten 2021 der avslutningssesjonen siste dagen er en allmennmedisinsk minikongress, med fremleggelse av resultatene fra ukens gruppeoppgave i form av forslag til et forskningsprosjekt. Her ser vi en av gruppene legge frem prosjektet Forskriver eldre allmennleger mer antibiotika enn yngre? De to forsøksgruppene er eksemplifisert med bilde av en gammel og et ungt medlem av kursledelsen, Steinar Hunskaar og Knut Erik Emberland (ses også så vidt i nedre bildekant). Hotell Scandic Bergen City. Foto: Steinar Hunskaar.*

sinerings) av unødvendige og potensielt skadelige legemidler hos skrøpelige eldre. Kurset var dermed tidlig på banen i å formidle mye av den kunnskapen vi i dag forbinder med kampanjen *Kloke valg*, som igjen baserer seg på internasjonale initiativ som *Preventing overdiagnosis*, *Choosing wisely* og *Less is more* (figur 8). Straand var også kursleder for et dagskurs om infeksjoner hos gamle (1988) og urininkontinens hos gamle (1989).

### *Urinveissykdommer*

Ved inngangen til 1990-årene forsket Anders Bærheim og Steinar Hunskaar begge på urinveislidelser. Sammen startet de en såkalt referansegruppe i urinveissykdommer under Norsk selskap for allmennmedisin (NSAM). Med utgangspunkt i denne gruppen arrangerte de i 1990 og de kommende ti

årene et årlig tre dagers kurs for allmennleger om nyresykdommer og urinveislidelser. Kurset var nyskapende i den forstand at det var allmennleger som hadde regien, kurset var symptombasert, og de håndplukkede sykehus-spesialistene deltok sammen med allmennleger. Kurset la vekt på hverdagslig diagnostikk og behandling av de vanligste sykdommene, på laboratoriebruk i allmennpraksis og på diskusjoner mellom allmennleger og nefrologer og urologer om best mulig samhandling om de ulike problemstillingene. Kurslederne inviterte etter hvert inn stipendiatene som foredragsholdere, slik at de skulle få undervisningserfaring. Kurset hadde gode evalueringer, og var med på å øke bevisstheten om at allmennleger kunne holde kurs for allmennleger, når kompetansen var til stede.

NYLØRDAG 1. juli 2000

# GIGANT-SLØSING

## på blå resept

Av HARALD VIKØYR og BJØRN ERIK LARSEN (foto)

**BERGEN (VG) Norge kan spare hundrevis av millioner kroner årlig ved å ta i bruk gammel, god og velprøvd blodtrykksmedisin i stedet for nytvirket og rådyr medisin.**

Dette sier professor Jørund Straand ved Seksjon for allmennmedisin ved Universitetet i Bergen.

- Vi bruker om lag en milliard kroner årlig over blå resept på denne medisinen. Men i stedet for å velge de noe eldre medisintypene, som er rimelige, velprøvede og veldokumenterte, har legene en tendens til å skrive ut de siste preparatene på markedet.

- Alle undersøkelser tilsier at de gamle er akkurat like gode - og dessuten bedre kartlagt hva angår bivirkninger. En dagsdose kan koste fra 70 øre til det tålebare - og har for de fleste pasienter samme virkningen, sier Straand.

### Hardt mot hardt

Han viser blant annet til at vesle New Zealand med fire millioner innbyggere for to år siden så seg lei på sløsing med rådyr medisin på det offentliges regning.

Staten satte hardt mot hardt - innskrenket legenes frie rett til å skrive ut resepter - og inngikk en avtale med produsenten av de to billigste medisinene.

Planen var klar: Heretter ble bare disse to velprøvede, veldokumenterte og rimelige blodtrykksmedisinene å

få på blå resept. Nyere, dyrere og dårligere dokumenterte legemidler var fullt mulig å få - men da for egen regning.

### Ønsker britisk ordning

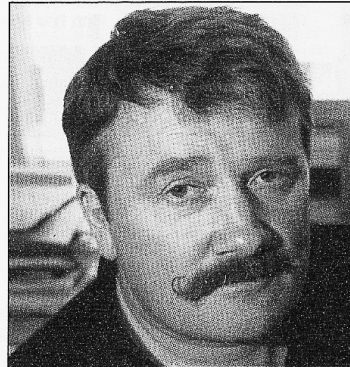
Resultatet var at over 90 prosent av pasientene gikk over på billigmedisinene, uten problemer. Og Staten sparte 120 millioner kroner årlig.

Selv ønsker Straand ikke at Norge følger New Zealands eksempel, men peker på ordninger som er innført i Storbritannia, hvor den enkelte lege får totalbudsjett for sin samlede medisinske virksomhet.

- Dette er et varsel om at nasjonale myndigheter kan gripe inn i et hittil skjermert område. Vi bør forberede oss på en politisk debatt om disse forholdene også her i landet.

- Jeg ville helst se at legeprofesjonen selv tok et enda større ansvar for å utvikle aktive rutiner for å kvallitets sikre egne reseptutskrivninger, sier 1. amanuensis Jørund Straand.

E-post: harald.vikoyr@vg.no



**MILLIARDSLØSING:** - Legemidler er den bransjen som har mest fortrest. Dette er en debatt vi må ta, sier 1. amanuensis Jørund Straand i Bergen.

Nyhet  
med kun 3% fett



Figur 8: Både gjennom forskning, kursvirkosomhet og formidling i mange fora var Jørund Straand opptatt av riktig legemiddelbruk, spesielt hos eldre. Her et oppslag i VG 1. juli 2000. Kilde: Nasjonalbiblioteket.

### *Muskel- og skjelettlidelser i allmennpraksis*

Satya Sharma, allmennlege og fastlege i Bergen, har utdanning som fysioterapeut fra India og innen ortopedisk medisin fra England. Han har i mange år vært en populær underviser for legestudentene i Bergen, og er nå førsteamanuensis i allmennmedisin i deltidsstilling (figur 9). Gjennom en mangeårig kursvirksomhet har han bidratt til å øke kompetansen i muskel-skjelettlidelser hos allmennleger. Sharma ønsket i 1997 å starte kurs for kollegene, men Legeforeningen var noe skeptisk til slik privat kursvirksomhet, og krevde tilknytning til en utdanningsinstitusjon. Seksjonsleder Steinar Hunskår ønsket tilbudet velkommen, tilbød kurslokaler i Ulriksdal 8C, Bjørn Bjorvatn ble med i kurskomiteen, og dermed var de formelle kravene oppfylt. Jørund Straand hjalp til med å sortere praktiske problemer samt anskaffelse av nødvendig kursutstyr og materiale.

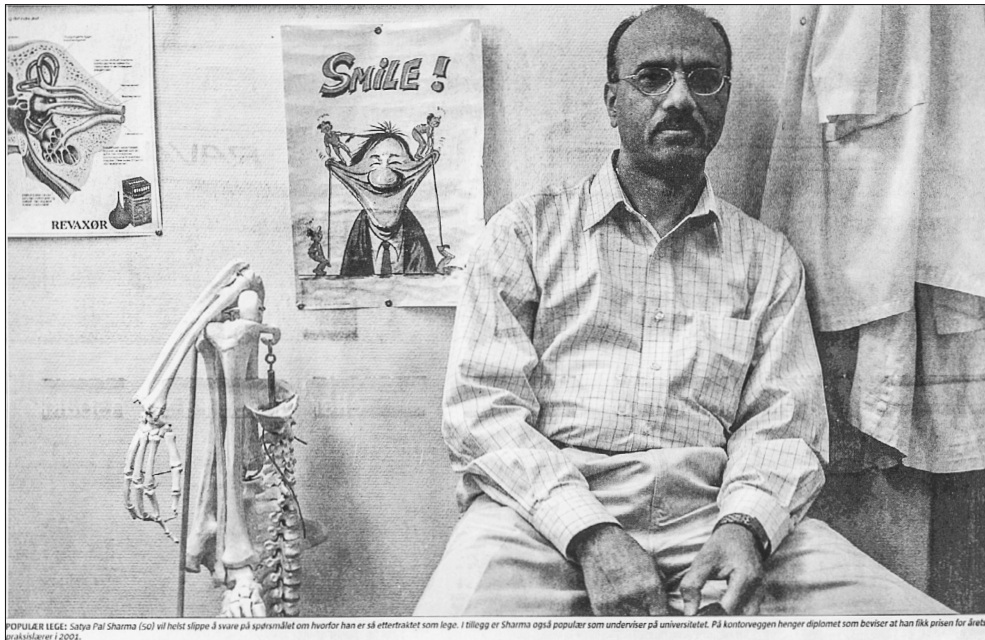
Kursene er alltid en kombinasjon av teori og praksis, og med stor vekt på hva som kan gjøres på allmennlegekontoret. Det er pasientdemonstrasjoner, trening på hverandre og demonstrasjon av behandling, inklusive injeksjonsteknikker. Etter avtale med Gades institutt på Haukeland universitetssjukehus har det også vært mulig med øving av injeksjonsteknikker på avdøde. Demonstrasjon av ultralyd i undersøkelse og behandling ble innført fra 2011. Kursene er på 17–26 timer og går over 2 eller 3 dager.

Det startet med skulderkurs i 1997 sammen med allmennlege Øystein Søbstad som hadde undervist allmennleger i injeksjonsteknikker sammen med fysioterapeuter. Senere har Sharma stort sett holdt kursene alene, og utvidet til å inkludere nakke, albue og hånd i 1999, rygg og hofte, kne- og ankel i 2000. Ryggkurset ble holdt siste gang i 2010, da hadde 240 leger deltatt. Siste gang for kurset i nakke, albue og hånd var i 2013 og da hadde 380 leger deltatt. Kurset for hofte, kne og ankel ble holdt siste gangen i 2015 med totalt 240 deltagere. Skulderkurset går fortsatt, og ble sist holdt høsten 2019 (avlyst siden på grunn av pandemien). Totalt har ca. 1700 leger deltatt på til sammen 82 enkeltkurs siden 1997.

Samlet sett er dette en imponerende innsats av en enkeltperson, og resultatet er bedre behandling hos egen fastlege for pasienter med disse hyppige lidelsene. Sharma tok doktorgrad på en avhandling om skulderlidelser i 2018.

### *Søvn og søvnproblemer i klinisk praksis*

Dette kurset har vært holdt årlig siden 1996, vanligvis med mellom 30–60 deltakere. Det utgår fra universitetet i samarbeid med Nasjonal kompetansetjeneste for søvnsykdommer og Bergen søvnsenter. Kurset er på 17 timer, og det er i hovedsak allmennleger og psykiatere som har deltatt, med over-



POPULÆR LEGE: Satya Pal Sharma (50) vil helst slippe å svare på spørsmålet om hvorfor han er så ettertraktest som lege. I tillegg er Sharma også populær som underviser på universitetet. På kontorveggen henger diplomet som beviser at han fikk prisen for direkte praksislærer i 2001.

*Figur 9: Fastlege, spesialist i allmennmedisin og førsteamanuensis Satya Sharma har i mange år undervist legestudentene og kolleger i diagnostikk og behandling av muskel- og skjelettlidelser. Han er også tildelt praksislærerprisen. Bilde fra oppslag i Bergen Tidende 16. juni 2005. Kilde: Nasjonalbiblioteket.*

vekt av allmennleger. Det pedagogiske opplegget er basert på forelesninger, gruppearbeid og mye bruk av kasuistikker. Det er demonstrasjon av lyskasser og bruk av søvndagbok. All undervisning er ved Bjørn Bjorvatn (figur 10) og Fred Holsten, professor i psykiatri.

Kurset er primært rettet mot håndtering av søvnproblemer i primærhelsetjenesten, og fokuserer på ikke-medikamentell behandling (kognitiv atferdsterapi, søvnrestriksjon, stimulus kontroll, lysterapi) av søvnproblemer. Kursevalueringen har i alle år vært svært god. De siste 10–15 årene har det vært en kunnskapstest før og etter kurset, som viser svak kunnskap om søvnmedisin før kurset og stor forbedring av kunnskapen etter kurset. De siste årene har denne kunnskapstesten vært gjort digitalt via Kahoot. Deltakerne opplever testen som stimulerende og at den bidrar til læring.

# Ikke bare bare å sove ut i helgen

## EKSPERTINTERVJUET

– Hvor mye søvn trenger vi?

– Det er individuelt. Er man uthvilt neste dag, har man sovnet nok. For de fleste er det seks til ni timer som er det normale. Noen trenger mindre enn seks timer også. Det er uvanlig, men ikke unormalt.

– Hva er forskjellene mellom dem som sitter og ser ishockey til klokken fire om natten og dem som legger seg klokken 23, men ikke klarer å sovne før tre-fire-tiden?

– Det er en forskjell der. I det første tilfellet påfører du kroppen stress. Forskning på bruk av såkalte «søvntyver», som mobil, internett og så videre, viser det. Den gruppen er vi bekymret for. Samtidig er det en situasjon som er lett å behandle. Det er bare å legge seg tidligere og sove mer. Hvis man legger seg i normal tid, men ikke får sove, har man en søvnlidelse. Det blir en helt annen sak, og det kan være vanskelig å behandle.

– Hvilke faremomenter er det ved å sitte oppe kveld etter kveld, natt etter natt?

– Hvis du adopterer en amerikansk tidssone, er problemene mindre, men det er få som gjør det. Da minner det mer om skiftarbeid. Hvis de som ser hockey til klokken fire kan sove til 12, er risikoen lavere. Det er langt verre for dem som må opp klokken syv for å gå på jobb. Da blir søvnunderskuddet stort.

– Er det mulig å spare opp søvn, og «sove ut i helgen,» som mange snakker om?

– Det er ikke uten konsekvenser å holde på slik, men det er

helt klart bedre å sove ut i helgen enn ikke å gjøre det. Men det stresset du påfører kroppen, klarer du ikke helt å kompensere for. Og du tar aldri igjen all søvnen du tapte i løpet av ukedagene.

– Hvilke konsekvenser kan lite søvn over tid få?

– Problemer som overvekt, diabetes, hjertekarsykdommer et cetera er koblet opp mot kort søvnlengde. Hvis du sovner bak rattet på vei til jobben, og tar tre andre med deg, hjelper det lite om du har planer om å sove ut i helgen. Kort søvnlengde kan få negative konsekvenser du ikke tenker over.

ROY ELLINGSEN



**NAVN:** Bjørn Bjorvatn  
**STILLING:** professor i allmenntidmedisin ved UIB, senterleder nasjonal kompetansetjeneste for søvnsykdommer, Haukeland Universitetssykehus  
**TEMA:** frivillig søvnløshet

*Figur 10: Faksimile fra Bergens Tidende 31. januar 2013. Professor Bjørn Bjorvatn intervjues om frivillig søvnløshet med utgangspunkt i at flere hundre tusen nordmenn ser idrett og andre arrangementer fra USA via Internett om natten. Bjorvatn har gjennom mange år vært en profilert «søvn ekspert» i alle slags media. Kilde: Nasjonalbiblioteket.*

## Avslutning

I tillegg til de kursene som er omtalt ovenfor, deltar de ansatte ved Fagområde for allmennmedisin som undervisere i mange enkeltkurs både i Bergen og i resten av landet. Fra årsmeldingene finner vi en variasjon fra 50–150 timer årlig, fordelt på mange ansatte og et stort utvalg av kurs og temaer.

Det er dermed ingen tvil om at videre- og etterutdanning for allmennlegene både er, og har vært, en stor og viktig aktivitet for det akademiske miljøet i allmennmedisin i Bergen. Dette til tross for at universitetet ikke lenger har en formell rolle i spesialistutdanningen eller at fagmiljøet bevisst har prioritert denne aktiviteten.

## Litteratur

Høvik H. Vårt fag blir til – allmennmedisin som spesialitet. I: *Festskrift for Allmennlegeforeningens 75-års jubileum. 1938–2013*. Oslo: Allmennlegeforeningen, Den norske legeforening, 2013: pp 79-84.

Skoglund E. Spesialistutdanningens historie. *Tidsskr Nor Legeforen* 2009; 129: 1124-7.

## 8. Internasjonalt samarbeid

*Michael 2022; 19: Supplement 29, 279–97.*

*Allmennmedisin er i vår tid et internasjonalt forsknings- og undervisningsfag, selv om det har større nasjonale tilpasninger enn de fleste andre medisinske spesialiteter. Instituttet i Bergen ble tidlig en del av dette landskapet. Impulser ble brakt tilbake til Bergen etter kongressdeltakelse, studiereiser og forskningsopphold. Spredte samarbeid kom i gang på 1990-tallet, mens 2000-tallet er preget av større internasjonalt engasjement og ikke minst deltagelse i større forskningsprosjekter. Prosjekter har ført til doktoravhandlinger med data fra Nepal, Guatemala, Sudan, og Malawi, og etter hvert også fra syriske flyktninger og innvandrere bosatt i Norge. Miljøet i Bergen har engasjert seg i internasjonale organisasjoner gjennom verv og medlemskap. Mange personer fra våre fagmiljøer har gjennom reiser og studieopphold blitt inspirert til å utvikle vår egen undervisning og forskning. I andre tilfeller har våre prosjekter og vår deltagelse bidratt til kompetansebygging utenlands. Vi har bedt fagmiljøet om å omtale eksempler på vårt internasjonale samarbeid og engasjement gjennom 50 år, og dette kapitlet er redigert på basis av de innkomne bidragene.*

I den første tiden med institutt i Bergen og de minst 20 neste årene var faget allmennmedisin ungt eller ikke-eksisterende i mange land. Det var derfor ikke så lett å finne samarbeidspartnere i utlandet. Men spesielt på undervisningssiden ble det startet organisasjoner for allmennmedisinsk grunn- og videreutdanning, og etter hvert kom det allmennmedisinske vitenskapelige kongresser. Det har vært og er noen sterke akademiske miljøer internasjonalt, som også Bergensmiljøet har hatt kontakt med.

### **Den første tiden (1972–1984)**

Professor Sigurd Humerfelt og amanuensis Olav Sulheim hadde begge bakgrunn fra hjertemedisin og fra epidemiologisk forskning på hjerte-karsykdom-



mer. Dette preget deres vitenskapelige aktivitet, med kongressdeltakelse og internasjonale forbindelser, spesielt innen blodtrykkfeltet. Humerfelt var også sterkt engasjert i Den norske sykehusforening, i noen år som styreformann. Han ble styremedlem i den internasjonale sykehusforeningen *International Hospital Federation*, og ble valgt til president for perioden 1979–1981. I denne perioden var han også leder for *World Hospital Congress* i Oslo og Sydney.

Begge var opptatt av å få utenlandske impulser for å bygge opp allmennmedisin som undervisningsfag. De deltok derfor på allmennmedisinske møter i Norden og internasjonalt, som *Nordisk Federation for Medicinsk Undervisning*, de nordiske kongressene i allmennmedisin, nordiske professormøter og møter for allmennmedisinsk undervisning internasjonalt. Fra 1974–1983 var Humerfelt medlem i den nye *European Working Party on the Teaching of General Practice*, som hadde et av sine møter i Bergen i 1976. Den 2. *Nordiske kongress i allmennmedisin* ble arrangert i Bergen i 1981 (se eget kapittel).

Fra 1982 ble distriktslege i Askøy og hjelpeleer Dag H. Søvik norsk medlem i den nystartede arbeidsgruppen om undervisning i allmennmedisin, *The new Leeuwenhorst group* (senere *European Academy of Teachers in General Practice*, EURACT), og han hadde dette vervet til langt inn på 1990-tallet.

I 1979 hadde instituttet besøk av professor W. George Irwin fra The Queen's University of Belfast, som holdt gjesteforelesninger om det britiske helsevesenet og om allmennmedisin som undervisningsfag i medisinstudiet. Året etter var det gjesteforelesninger på Solstrandkurset, der dr. Donald Irvine fra Royal College of General Practitioners snakket om kvalitetsarbeid i allmennpraksis.

Ved gjennomgang av årsmeldingene fra Humerfelts professorperiode (1972–1984) finnes ikke dokumentasjon på internasjonalt forskningssamarbeid mellom Bergensmiljøet og utenlandske forskere. Vi finner heller ikke eksempler på forskningspublikasjoner med internasjonale medforfattere.

### **En anekdote: Per Fugelli i Provence 1991**

Universitetsansatte i en del land har såkalte *sabbatsår*, et «hvileår» med full lønn inntil hvert sjuende år, da man kan få fritak for de vanlige undervisningspliktene og andre verv, for å konsentrere seg om forskningen sin og øke egen kompetanse, ofte gjennom forskningsopphold i utlandet. Nå heter ordningen *forskningstermin*, som man kan få etter søknad og en forpliktende plan om hva man skal bruke tiden til. Professor Fugelli var den første fra Institutt for allmennmedisin som fikk innvilget forskningstermin, og han reiste til Provence i 1991 for å skrive artikler og bøker, og følge opp flere forskningsprosjekter (figur 1).

Oppholdet skapte imidlertid akademisk røre og offentlig oppmerksomhet. Gjennom reisebrev til aviser, og i en artikkel i legetidsskriftet *ga Fugelli* inntrykk av å leve det rene slaraffenliv, et sorgløst dagdriveri med mat og vin, og uten noen seriøse aktiviteter. Han skrev blant annet:

«Jeg har, uten en nølen, hensatt meg i en stemning av «la belle indifférence». Ikke en pinne legger jeg i kors for å få tak i vårt flyttegods med bøker, manuskripter og adresselister som er velvillig forsvunnet langs uransakelige veier mellom Bergen og Avignon. ... Og ikke en kalori forbrenner jeg for å skaffe meg de ekstra volt som min Star printer mangler for å få PC-en til å virke. ... fra å flyge høyt med dristige håp, har jeg nå falt dypt i lyst til å lage en bok om pølser!»



*Figur 1: Per Fugelli i arbeid under forskningsopphold med sol og faglitterær innsats i Provence, 1991. Foto: Kirsti Malterud.*

Innleggene vakte bestyrtelse både i universitetsledelsen og hos den medisinske dekanus. En ting var at én enkelt professor misbrukte ordningen, verre var det at universitetets og fakultetets omdømme sto på spill, ja hele ordningen ble gjort til offentlig latter. Det ble skrevet strenge brev til Fugelli, som måtte forklare seg, og alt ordnet seg til slutt. Og han kom hjem fra Frankrike med mange manuskripter og nye tanker.

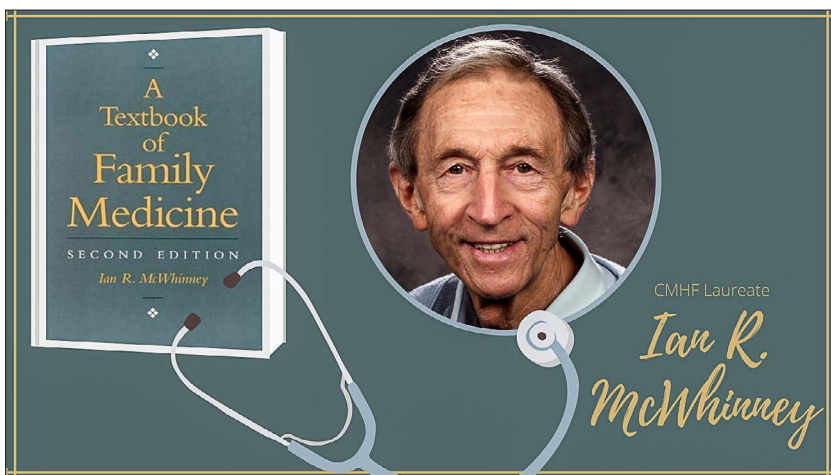
### **Internasjonal allmennmedisin som inspirasjon for Bergensmiljøet**

Med Per Fugelli som professor fra 1984 ble det internasjonale engasjementet styrket og mer ideologisk basert. Fugelli var opptatt av å inkludere humanistiske perspektiver i allmennmedisinen, konkretisert blant annet med kompetansebygging innen klinisk kommunikasjon.

Det allmennmedisinske miljøet rundt professor Ian McWhinney ved University of Western Ontario (UWO), London, Canada, var sentrum for å utvikle den pasientsentrerte kliniske metode, som ble et sentralt ideologisk og pedagogisk grunnlag for praksis og forskning ved instituttet i Bergen. McWhinney hadde også utgitt sin første lærebok i faget i 1981, en viktig bok for allmennleger og studenter over hele verden. Boken var også i bruk som anbefalt lesing ved studiestedene i Norge til utpå 1990-tallet. Han besøkte Bergen i 1988 på invitasjon fra Fugelli (figur 2). Kirsti Malterud og Steinar Hunskaar har senere begge hatt flere besøk og forskningsopphold i London Ontario, og etablerte samarbeid med McWhinneys team.

Den pasientsentrerte metoden var et viktig teoretisk grunnlag for paraprosjektet *Symptomer som kunnskapskilde - Hvordan kan vi utvikle medisinsk kunnskap om kvinners helse?* (1994–2001), etablert av Malterud. De 17 delprosjektene samlet 23 forskere fra seks forskjellige fagområder, fem land (Norge, USA, Canada, Nederland, Danmark) og sju norske byer og tettsteder. På bakgrunn av disse aktivitetene ble Malterud og Hunskaar invitert av professor Moira Stewart (London Ontario) til å være redaktører for en bok i en serie om kliniske tema fra allmennmedisin (figur 3).

Den pasientsentrerte kliniske metode ble presentert samlet i en bokutgivelse i 1995, mens Hunskaar var på forskningsopphold i Stewarts og McWhinneys miljø i Canada, og boken og modellen ble gjenstand for gjennomgang på forskningsmøtene på instituttet, brukt som grunnlag for kommunikasjonsundervisning og presentert for studentene gjennom forelesninger. Oppholdet resulterte også i en doktoravhandling i Bergen med Hunskaar som veileder, av den norske legen Truls Østbye, som arbeidet som professor ved fakultetet i London Ontario. Han har i mange år hatt bistilling ved UiB og veiledet mange kandidater fra de epidemiologiske miljøene ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin.



*Figur 2: Ian McWhinney (1926–2012) var en engelsk lege og akademiker, kjent som Canadas grunnlegger av «Family Medicine» og for sitt arbeid med å etablere spesialistutdanning i allmennmedisin ved University of Western Ontario, London, Canada. Han ble født i England, og studerte ved Cambridge. Han praktiserte som allmennlege sammen med sin far i Stratford-upon-Avon i tretten år. Han skrev sin første bok, The Early Signs of Illness: Observations in General Practice i 1964, og fikk deretter et stipend ved Harvard University. I 1968 ble han Canadas og en av verdens første professorer i allmennmedisin. Han publiserte rundt 110 artikler i løpet av livet og huskes best for sin innflytelsesrike A Textbook of Family Medicine (1981). Han har gjort en stor innsats med å utvikle begrepet «pasientsentrert klinisk medisin», og har publisert en rekke viktige artikler om dette. Han er æresprofessor ved Universitetet i Oslo. I 2006 ble han votert inn i Canadian Medical Hall of Fame, der illustrasjonen er hentet fra.*

Også senere har forskere fra vårt miljø hatt forskningsopphold i kjente internasjonale miljø, og både rapportert tilbake internt og ikke minst gjennom artikler i legetidsskriftet. Slike opphold har befruktet Bergensmiljøet med nye tanker innen både undervisning og forskning. I tillegg til eksemplene nevnt ovenfor, kan nevnes Edvin Scheis opphold i USA og Canada, som har resultert i samarbeid om medisinsk pedagogikk, Guri Rørtveits og Steinar Hunskaars opphold i San Francisco, som resulterte i mange forskningspublikasjoner om urininkontinens, og Esperanza Diaz' opphold i Spania, Nederland og England med tema innen migrasjonshelse.

UK-Nordic Network var et nettverk ledet av professor Peter Pritchard i Oxford med målsetting å styrke kontakt og utveksling mellom akademisk

allmenntmedisin i Norden og UK. Her var Jørund Straand i noen år tidlig på 1990-tallet norsk kontaktperson. Aktivitetene besto av nyhetsbrev med nyheter og erfaringer fra de ulike land, samt workshops og møter i England.

John Nessa var fra 2007 involvert i Balint-bevegelsen i Tyskland, som arrangerer kurs for leger, sosialpedagoger og psykologer. Nessa startet Balint-grupper for allmennleger både i Haugesund og i Stavanger. Gruppen i Stavanger drives den dag i dag, med psykiater og tidligere allmennlege Jone Schanche Olsen som leder. Gruppene er oppkalt etter psykoanalytikeren Michael Balint (1896–1970), som innførte psykologiske treningsseminarer for fastleger i London. Gruppediskusjonen handler om legepasientforholdet og diskuterer reelle pasienter. Det finnes slike Balintgrupper over hele verden.

Eivind Meland har hatt et langt samarbeid med *Nordisk Risiko- og Ressursgruppe* om et kritisk fokus på forskning og formidling om overdiagnostisering og medikalisering.

Gunnar Bondevik var i årene 1999–2003 medlem av et nordisk nettverk om seksuell og reproduktiv helse i lavinntektsland.

Kirsti Malterud har over tid vært med i mange former for akademisk nordisk samarbeid, blant annet to langsgående serier med nordiske seminarer i henholdsvis medisinsk kvinneforskning og kvalitative metoder i allmenntmedisinsk forskning. Med bistillinger ved Forskningsenheden for almen praksis i København og Københavns Universitet (1998–2007 og 2012–dd) har hun stått for mange samarbeidsprosjekter med danske allmenntmedisinske forskere. En rekke publikasjoner utgikk fra prosjektet *En bedre balanse mellom risiko og ressurser*, i samarbeid med professor Hanne Hollnagel i København.

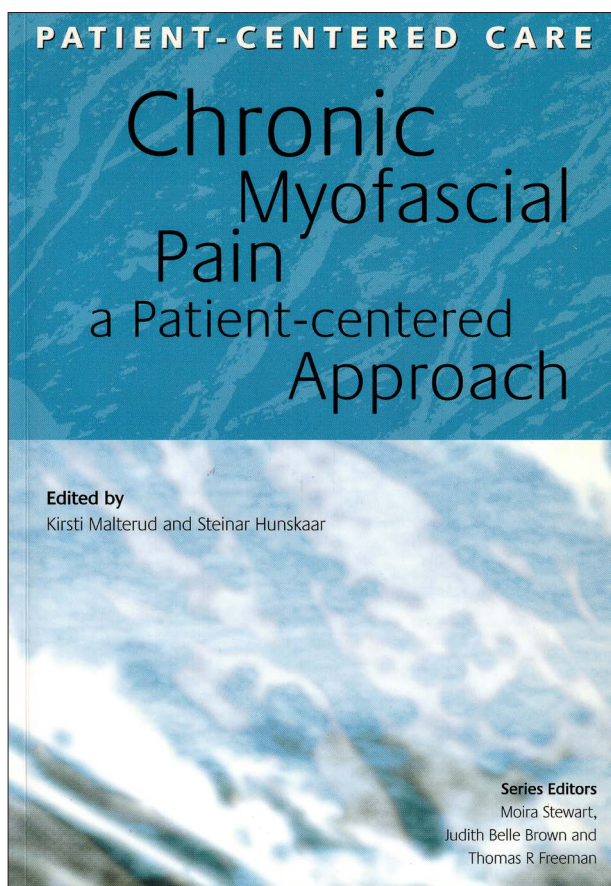
Charlotte Tulinius (Danmark), Carl Edvard Rudebeck (Sverige) og Arthus Hibble (England) har sammen med Per Stensland hatt forskningsprosjektet *Being a GP in the Nordic countries*. Gjennom workshops på to nordiske kongresser i allmenntmedisin samlet de data i 2009–11. Allmennleger, spesialistkandidater og ansatte på allmennlegekontorer i de nordiske landene ble invitert til å sende inn kreative eller artistiske beskrivelser av arbeidshverdagen deres, som bilder, videoer eller tekster. Resultatet ble blant annet en bok utgitt i 2013.

I juni 2012 reiste et titalls personer på studietur til Institutt for allmenntmedisin ved Universitetet i Groningen (figur 4). Reisen ble organisert av Sabine Ruths, som har sin legeutdanning derfra. Formålet var teambygging internt, men også å få inspirasjon for undervisningen i allmenntmedisin og å lære mer om organiseringen av forskningen og om organiseringen av fakultetet og instituttets plass der. Det ble også anledning til praksisbesøk og møter med svært hyggelige kollegaer. Deltakerne lærte om integrering

av allmenntmedisin i nye sammenslåtte medisinske fakulteter og universitets-sykehusene i Nederland til University Medical Centres, og hvordan dette byr både på muligheter og utfordringer for faget.

*PraksisNett* er en nasjonal infrastruktur for forskning i primærhelsetjenesten, med det allmenntmedisinske miljøet i Bergen som koordinator (omtalt i eget kapittel). Dette er et eksempel på Practice Based Research Networks, som finnes internasjonalt, og som er særlig godt utviklet i Storbritannia, Irland, Nederland og Canada. PraksisNett er inspirert av disse nettverkene, og har gjennom over 10 år utviklet godt samarbeid med sentrale primærmedisinske forskere knyttet til disse miljøene, gjennom studieturer og gjensidig deltakelse i fagråd. Guri Rørtveit er blant annet med i Oxford-nettverket.

Instituttet har gjennom hele historien også hatt praksislærerkurs lagt til utlandet av og til. Dette er omtalt i kapitlet om praksisundervisningen.



*Figur 3: Malterud K, Hunskaar S (red.). Patient-centred approaches to chronic myofascial pain in primary care. Oxon: Radcliffe Medical Press, 2002. Denne boken kom til etter invitasjon fra professor Moira Stewart fra det kjente allmenntmedisinsmiljøet ved University of Western Ontario, der også Ian McWhinney holdt til. Redaktørene benyttet sjansen til å invitere en rekke norske kapittelforfattere: Dag Bruusgaard, Søren Brage, Arne Tjølsen, Nina Vøllestad, Rae Frances Bell, Hans-Jacob Haga, Per Stensland, Halvard Nilsen, Alice Kvale, Eldri Steen, Liv Haugli og Terje Alræk.*



*Figur 4: På studietur til Groningen i 2012. Fra venstre rundt bordet: Eivind Meland, Thomas Mildestvedt (delvis skjult), Anders Børheim, Gunnar Bondevik, Guri Rørtveit, Edvin Schei, Sabine Ruths og Arne Tjølven (visedekan for utdanning ved fakultetet). Foto: Esperanza Diaz.*

### **Deltakelse i internasjonale organisasjoner for allmennmedisin**

Etter som internasjonal allmennmedisin utviklet seg, ble det naturlig og nødvendig med internasjonal kontakt og samarbeid. I tillegg til kongressene, ble det startet ulike allmennmedisinske organisasjoner. Noen av disse organisasjonene har hatt aktive deltakere fra Bergensmiljøet. Det kan også nevnes at i 2021 fikk verdensorganisasjonen for allmennleger, *WONCA*, norsk president for første gang, nemlig allmennlegen Anna Stavdal fra Oslo.

*Fra European Working Party on the Teaching of General Practice via The new Leeuwenhorst group til European Academy of Teachers in General Practice (EURACT)*

Vi har ovenfor omtalt Sigurd Humerfelts og Dag Søviks deltakelse i Leeuwenhorst-gruppen fra 1974 og i New Leeuwenhorst Group fra 1982. I 1992 ble denne organisasjonen videreført gjennom *European Academy of Teachers in General Practice* (EURACT). Dette er en organisasjon under *WONCA Europe* for personer engasjert og involvert i allmennmedisinsk undervisning

og utdanning. EURACT driver kurs og konferanser for akademiske lærere i faget.

Anders Bærheim var norsk representant i EURACT i tolv år fra slutten av 1990-tallet. Han var i 2005 med på å utarbeide en europeisk undervisningsagenda for allmennmedisin, som fortsatt er aktuell (Heyrman, 2005).

#### *EGPRN – WONCA Europe sin forskningsorganisasjon*

Mot slutten av 1990-tallet og fram til 2001 var Jørund Straand norsk representant i EGPRW (som nå heter EGPRN: *European General Practice Research Network*). Blant annet hadde han sammen med Eivind Meland ansvar for et svært vellykket møte i Bergen i mai 1998. Møtet fant sted i Terminus hall. Det sosiale programmet inkluderte omvisning på St. Jørgens Hospital og festmiddag på Fløyen, der deltakerne ble ønsket velkommen av jentebuekorps i full mundur (Lungegården buekorps, der Straands datter var medlem) (figur 5 og figur 6).

Esperanza Diaz var norsk representant i EGPRN fra 2009 til 2018, inkludert «Executive Board Member» i 2013–2015. Hun ledet der internasjonale søknader sammen med dem, og hun var medforfatter for den nye utgaven av den europeiske strategien for forskning i allmennmedisin (2021).



*Figur 5: Fra møtet i EGPRW (European General Practice Research Workshop) i Bergen i mai 1998. Fra venstre: Eivind Meland, daværende leder av EGPRW Jan Joost Rethans fra Maastricht og Jørund Straand. Foto: Privat.*





*Figur 6: Møtedeltakerne i EGPRW (European General Practice Research Workshop) i Bergen i mai 1998. Her i forbindelse med omvisning på Lepramuseet og St. Jørgen. Foto: Privat.*

#### *WONCA for de yngste: Vasco da Gama-nettverket*

Thomas Mildestvedt var i noen år fra 2006 Norges representant i Europarådet i Vasco da Gama-nettverket. Dette er en europeisk nettverksorganisasjon for yngre og fremtidige allmennleger. Nettverket har nettkommunikasjon og møter, og bidrar til utredninger om bedre utdanning av allmennleger i Europa. Organisasjonen ble presentert i en artikkel i *Utposten* i 2008.

#### *EurOOHnet – European research network for out-of-hours primary health care*

EurOOHnet er et europeisk forskningsnettverk innen legevaktmedisin som ble dannet i 2010, blant annet etter initiativ fra Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM) i Bergen. Mange europeiske land har sammenlignbare utfordringer når det gjelder organisering av legevakt for befolkningen. *EurOOHnet* har som formål å overføre kunnskap, dele erfaringer og legge til rette for forskningssamarbeid innen legevaktmedisin. Det er nå 18 deltakende land, og det er institusjoner som er medlemmer. Nettverket arrangerer årlig en konferanse, den andre var i Bergen i 2011, og Bergen er igjen vertskap i 2022. Professor Gunnar Bondevik var styremedlem 2012–2017 og siden 2017 har førsteamanuensis Ingrid Kjeilegavlen Rebnord vært styremedlem.

### *Worldwide University Network (WUN)*

Esperanza Diaz har vært medlem i dette nettverket siden 2010. WUN har organisert flere internasjonale workshops om migrasjonshelse, blant annet i Bergen.

### **Andre verv og annet personlig samarbeid**

En rekke av fagmiljøets ansatte har opp gjennom årene hatt ulike verv, deltatt som prosjektmedarbeidere, hatt prosjektsamarbeid, vært i arrangementskomiteen for internasjonale kongresser, eller vært medlemmer av faglige eller vitenskapelige råd. Vi har ikke funnet det mulig å identifisere alt dette på en måte som yter alle rettferdighet. Her er derfor ingen nevnt.

### *Redaktørfunksjon i tidsskrifter*

Anders Bærheim og Guri Rørtveit var begge i mange år nasjonale redaktører i tidsskriftet *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. Esperanza Diaz er i Advisory board for *European Journal of General Practice*. Steinar Hunskår har vært det samme for tidsskriftene *Neurourology and Urodynamics* og *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*. Han er fra 2022 også medlem av Editorial board for *Continence*.

### **Deltakelse i større internasjonale prosjekter og samarbeid**

Miljøet i Bergen har ikke hatt noen systematisk eller stor forskningsaktivitet rettet mot utlandet. Men gjennom de siste 20 årene har det likevel vært samarbeid om noen prosjekter i ulike land, som har hatt betydning for enkeltforskere og miljøet som sådan i ulik forstand. Noen av disse prosjektene har også ført til relativt omfattende forskningssamarbeid, og et knippe av våre doktoravhandlinger har inneholdt data samlet inn i utlandet. Disse er vist i litteraturlisten til slutt i kapitlet. Nedenfor omtaler vi noen av de større prosjektene.

### *Nepal: Reproduktiv helse*

Gunnar Bondevik arbeidet i perioden 1991–1996 ved Tansen Hospital og Patan Hospital i Nepal, og senere som stipendiat ved Senter for Internasjonal Helse, Universitetet i Bergen. Hans doktorgrad fra 2001 omhandler anemi og vitaminmangel hos gravide i Nepal. Han var senere hovedveileder for Signe Dørheims avhandling (2009) om depresjon og søvn hos kvinner etter fødsler i Nepal. Fra Nepal har det kommet mastergrader og en lang rekke hovedoppgaver for medisinstudenter, flere fra de siste årene og et par er også underveis.

### *Urininkontinens i Canada, California og Polen*

Forskningsgruppen for urininkontinens, ledet av Steinar Hunskår, har hatt en rekke internasjonale engasjementer. Under sitt forskningsopphold ved University of Western Ontario i 1994, kom Hunskår i kontakt med Truls Østbye som var en av lederne for *The Canadian Study of Health and Aging*. De skrev sammen flere artikler fra denne store befolkningsstudien, og Østbye disputerte i 2000 ved allmennmedisinmiljøet i Bergen på en avhandling fra denne studien.

Både Hunskår og Guri Rørtveit har hatt forskningsopphold ved University of California San Francisco, med base i både det allmennmedisinske, epidemiologiske og gynekologiske miljøet der. Dette har resultert i mange artikkelsamarbeid mellom USA og Bergen. Hunskår har også i flere omganger vært fagkonsulent for *The National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases* (NIDDK), som er en del av *National Institutes of Health* (NIH), det amerikanske medisinske forskningsrådet.

En helt annen type samarbeid innenfor inkontinensforskningen ble startet med Institutt for allmennmedisin ved Universitetet i Wrocław, Polen, i 1999. Vi ble kontaktet fordi instituttet i Polen ville øke det internasjonale samarbeidet, få hjelp til fagutvikling og forskning, og instituttledelsen hadde funnet ut at Bergensmiljøet kunne være en god samarbeidspartner.

Det første møtet hadde tittelen *Polish-Norwegian Symposium on Urinary Incontinence – An Interdisciplinary Problem*, og ble holdt 11.–12. oktober 2002 i Wrocław. Møtet var en stor suksess med over hundre deltakere, og både Yngvild Hannestad og Steinar Hunskår hadde innlegg (figur 7). Det ble også utarbeidet en samarbeidserklæring mellom de to instituttene, med formål å utvikle et tett samarbeid om undervisning og forskning i årene som kom. Det andre møtet, *The II Polish – Norwegian symposium – Urinary incontinence – interdisciplinary clinical and social problem*, ble holdt i Wrocław 13.–14. oktober 2006. Her var det en rekke polske foredragsholdere som først og fremst utgjorde programmet.

Det ble arbeidet med forskningsprotokoller og det ble planlagt utvekslingsopphold for stipendiater og ph.d.-utdanning i Bergen. Det viste seg imidlertid vanskelig å få finansiert de ambisiøse planene for samarbeidet mellom Bergen og Polen, og aktivitetene døde gradvis ut. På sitt siste opphold i Wrocław i 2008 ble Hunskår tildelt Statue of Hippocrates fra den polske allmennlegeforeningen, for sine samarbeidsprosjekt med polsk allmennmedisin og Universitetet i Wrocław.



*Figur 7: Fra Polish-Norwegian Symposium on Urinary Incontinence – An Interdisciplinary Problem, 11.–12. oktober 2002 i Wrocław, Polen. Fra høyre: Yngvild S Hannestad, Andrzej Staniszewski, Dunata Kurpas, Steinar Hunskaar, professor og instituttleder Andrzej Steciwko, Maria Bujnowska-Fedak og til slutt to uidentifiserte personer. Foto: Privat.*

#### *Guatemala: Enkle tiltak ga store helsegevinster*

Dårlig ventilerte ildsteder er utbredt i lavinntektsland, og røyken fra dem kan gi alvorlige helseplager. Førsteamanuensis Tone Smith-Sivertsen, som hadde doktorgrad på et prosjekt om forurensning på Kolahalvøya i Russland, deltok i et prosjekt i Guatemala fra 2004, der et internasjonalt team av forskere undersøkte om problemer med luftforurensning innendørs kan løses nesten banalt enkelt: Ved å bytte ut det åpne ildstedet med en god ovn med avtrekk. For det er ikke bare plagsomt å være i rommet når det fyres i et åpent ildsted: Det har alvorlige helsekonsekvenser, spesielt blant kvinner og små barn, siden det er dem som oppholder seg mest på kjøkkenet. Resultatet kunne bli blant annet lungebetennelser hos de minste, og kols hos voksne.

En stor randomisert intervensjonsstudie undersøkte helseeffekten av å redusere slik inneforurensning ved å installere nye ovner: *RESPIRE: Randomised Exposure Study of Pollution Indoors and Respiratory Effects*. Studien foregikk på landsbygda i Guatemala, blant mayaindianere som bruker tradisjonelle åpne ildsteder. Over 500 kvinner og deres små barn deltok i studien. Undersøkelsen var den første i sitt slag, og et resultat av samarbeid mellom universitetene i Berkeley (USA), del Valle de Guatemala, Liverpool (Storbritannia) og Bergen. En delundersøkelse om subjektive helseplager, som stipendiat Esperanza Diaz og Smith-Sivertsen hadde ansvar for, viste at kvinnene som installerte nye ovner opplevde å få redusert plager som kan relateres til forurensning, som svie i øynene og hodepine. Det var WHO som finansierte undersøkelsen. Diaz disputerte i 2008.

#### *Sudan: Gezira Family Medicine Project*

Sudan har de samme helseutfordringene som andre land sør for Sahara, med tropesykdommer og framvekst av kroniske sykdommer. Gezira Family Medicine Project (GFMP) ble etablert i 2010 i delstaten Gezira ved University of Gezira i Medani, Sudans nest største by.

Khalid Gaffer Mohamed er en lege utdannet ved Universitetet i Khartoum i 1998. Han kom til Norge i 1998 og ble spesialist i allmennmedisin i 2008 etter å ha arbeidet som fastlege i flere kommuner. Han tok initiativ til og var prosjektleder for GFMP i årene 2010–2013. Han disputerte i Bergen på en avhandling om dette prosjektet i 2019. Han arbeider nå som assisterende professor i allmennmedisin ved Taibah Universitetet, Medina, Saudi-Arabia.

Dr. Mohamed tok kontakt med Steinar Hunskaar i 2010 og inviterte han med på prosjektet. Målet var å utdanne allmennleger som kunne gi befolkningen primærhelsetjenester av høy kvalitet, samtidig som hjelpen var lett tilgjengelig og billig. Et to-årig masterprogram for leger (GFMP) ble planlagt etter samme modell som i Norge; man utdanner seg til allmennlege samtidig som man arbeider ved et legekantor. Hunskaar ble ansatt som «honorary professor» ved universitetet, og deltok i planlegging, oppfølging og evaluering av prosjektet de neste fem årene.

Avhandlingen evaluerte det første legekullet, som startet i 2010. I alt 207 leger startet utdanningen ved 158 helsesentre, av disse hadde 84 sentre aldri hatt ansatt lege før. Helsesentrene var generelt godt utstyrt, men utstyr med tanke på kroniske sykdommer var i liten grad tilgjengelig. Ved hjelp av telemedisinske konsultasjoner kunne legene kontakte spesialister på sykehusene. Prosjektet har vist seg som en god modell for utdanning i allmennmedisin og samtidig økt kvalitet i helsetjenesten (figur 8 og 9). Programmet



*Figur 8: Professor i allmennmedisin Toralf Hasvold fra Universitetet i Tromsø underviser sammen med Steinar Hunskaar i 2011 på workshop for undervisere ved Det medisinske fakultet, Universitetet i Gezira, Sudan. Kurset hadde tittelen «TOT – Training of Trainers», og var spesielt innrettet mot sykehusspesialister som skulle undervise sine fag for utdanningskandidater i allmennmedisin. Som en kuriositet kan nevnes at for å få aktuelle personer til å møte, var det to insitamenter: Varm lunsj i pausen og kontant betaling i amerikanske dollar etter møtet! Foto: Khalid G Mohamed.*

rekrutterte godt og mange landsbyer fikk allmennleger for første gang. Digitale løsninger støttet opp om utdanningen og det kliniske arbeidet. Utdanningen førte til økte ferdigheter i allmennmedisinske prosedyrer, og kandidatene økte bruken av allmennmedisinske arbeidsmetoder.

Flere institusjoner i Sudan tilbyr nå utdanning etter modell fra GFMP. Over 1000 kandidater er blitt tatt opp og nærmere 700 har fått mastergrad. GFMP har møtt både økonomiske utfordringer og fallende politisk støtte, men modellen er fortsatt levende i Sudan, og er også blitt anerkjent i andre afrikanske land.

### *Kvinnehelse i Etiopia*

Guri Rørtveit har i mer enn ti år hatt et samarbeid med forskere ved University of Gondar i Etiopia. Forskningen har dreid seg om bekkenbunnssvikt (inkontinens og genital descens), som er et tabubelagt problem med stort omfang. Samarbeidet har resultert i to doktorgrader, en ved UiB og en ved



*Figur 9: På vei til å inspisere et allmennlegekontor i utkanten av Medani, Gezira, Sudan, i 2010. På kjerra ser vi fra venstre: Hans Høvik, allmennlege i Bergen og leder for spesialitetskomitéen i allmennmedisin, Steinar Hunskår og prosjektleder Khalid G Mohamed. Kusken og en tilfeldig forbipasserende har vi ikke navn på, men begge ga samtykke til fotografering. Foto: Privat.*

University of Gondar, i tillegg til en rekke andre artikler, og Rørtveit har vært opponent for en phd-kandidat. Professor Astrid Blystad ved Senter for internasjonal helse har deltatt aktivt i samarbeidet.

#### *Syria: Flyktingers helse*

Esperanza Diaz fikk gjennom Norges forskningsråd finansiert et større prosjekt om helseutviklingen til flyktinger fra Syria (2017–2021). For årene 2021–2025 har hun fått et nytt stort prosjekt som forlengelse av det første: *Integration as a way to reducing health inequalities among forced migrants*. Det kom to disputaser fra prosjektet i 2021 og en tredje kommer i 2022.

Elisabeth Strømmes doktorgradsprosjekt omhandler hvordan helsen til syriske flyktinger endres fra de befinner seg nær krigen, i nabolandene til Syria, til etter bosetting i Nord-Europa og hvilke faktorer som påvirker helsen langs migrasjonsruten. Doktorgradsarbeidet indikerer at ulike former for stress kort tid etter bosetting, slik som sosiale og økonomiske utfordringer, har like stor betydning for helsen som traumer.

Wegdan Hamed Nasser Hasha sitt prosjekt omhandler effekten av to forskjellige intervensjoner blant flyktinger som lider av kroniske smerter

og / eller posttraumatiske psykiske symptomer. Intervensjonene ble tilpasset en syrisk flyktningspopulasjon og gjennomført i samarbeid med Bergen kommune, Fjell kommune, Senter for krisepsykologi og brukerrepresentanter. Selvhjelpsgrupper forbedret den generelle psykiske helsen blant voksne flykninger.

### *Allmennmedisin i Malawi*

Luckson Wandani Dullie er allmennlege og spesialist i allmennmedisin fra Malawi. Professorene Sturla Gjesdal og Eivind Meland veiledet hans doktoravhandling fra 2020. Avhandlingen var støttet av kvoteprogrammet ved Senter for Internasjonal helse.

Helsetjenesten i Malawi drives av det offentlige, samt av helprivate og ikke-kommersielle private aktører. Primærhelsetjenesten drives fra helse-sentra som leverer kurative tjenester og fødselsomsorg, bemannet med sykepleier/jordmor, og der leger veileder og tar imot henvisninger. Måling av pasienterfaringer og tilfredshet med tjenestene tilhører Malawis strategiske mål om å evaluere utkommet av helsetjenestene. Avhandlingen til Dullie viste at pasienter i Malawi rapporterer store utfordringer med tilgjengelighet, liten bredde i de tjenester som tilbys, og mangel på kontinuitet. Det var variasjon i pasientrapporterte erfaringer mellom ulike helsesentre, delvis relatert til ulik ressursfordeling. Studien påviste flere områder som trenger oppmerksomhet for å forbedre primærhelsetjenesten, så som en klar policy for å styrke portvaktfunksjonen til primærhelsetjenesten; bedre finansiering av primærhelsetjenesten, bedre tilgang på legemidler og medisinsk utstyr og styrking av veiledningsordninger i primærhelsetjenesten.

I 2020 fikk førsteamanuensis Thomas Mildestvedt tildelt 20 millioner kroner fra NORAD for å gjennomføre et oppfølgende prosjekt i Malawi: *Strengthening the capacity of the PRImary health Care leaders Education (PRICE) aims to build the primary health care systems in Malawi and Zambia 2021–2026*. Prosjektet skal styrke primærhelsetjenesten i Malawi og Zambia. Begge land sliter med få og til dels lite kvalifiserte helsearbeidere. Prosjektet skal øke både tallet på helsearbeidere og utdanningsnivået. Det skal satses på utdannings- og forskningsprogram både på bachelor, master og ph.d.-nivå i disse to landene. Gjennom samarbeid med organisasjonen PRIMA-FAMED sitt nettverk skal resultatene spres til flere land i Afrika. Prosjektet er ledet fra Bergen, med partnere fra College of Medicine i Malawi, University of Zambia, og Stellenbosch University i Sør-Afrika.



## Utfordringer for gjensidig internasjonalt samarbeid

Beskrivelsene i dette kapitlet gir samlet sett inntrykk av omfattende internasjonalt samarbeid mellom forskere fra allmennmedisinmiljøet i Bergen og forskere og institusjoner i en lang rekke land. En oppmerksom leser vil likevel legge merke til at det er lite omtale av utenlandske forskere som har vært i Bergen og beriket vårt miljø direkte ved sin tilstedeværelse her. Det har riktig nok vært en rekke gjester, gjesteforelesere, utenlandske stipendiater, opponenter og kortere opphold fra utlandet. Men det har uten tvil vært en veldig stor overvekt av reiser og prosjekter ut fra Bergen i forhold til innreisende.

Dette kan ha mange forklaringer. Vi må innrømme at det allmennmedisinske miljøet i Bergen ikke er anerkjent som ledende internasjonalt, selv om vi har mange flinke ansatte, og kvaliteten på undervisning og forskning er fullt ut på nivå med de fleste steder internasjonalt. Det er derfor ikke slik at mange personer internasjonalt vil «se til Bergen». Men vi har også noen nasjonale hindringer for stor gjestevirksomhet: Få utlendinger kan norsk, språket er vanskelig å lære seg på kort tid, møter og viktige diskusjoner er på norsk, og vi har lite tradisjon for internasjonale gjester over lengre perioder. Selv om man av hensyn til gjester går over til engelsk på møtene, er nok språkbarrieren en betydelig hindring for et mye større omfang av innreisende gjester til vårt miljø.

## Litteratur, inkludert doktoravhandlingene med data fra utlandet

- Bondevik GT. *Anaemia and Nutritional Deficiencies in Pregnant Nepali Women*. Doktoravhandling. Bergen: Universitetet i Bergen, 2001.
- Diaz E. *Impact of reducing indoor air pollution on women's health. RESPIRE Guatemala – Randomised exposure study of pollution indoors and respiratory effects*. Doktoravhandling. Bergen: Universitetet i Bergen, 2008.
- Dullie LW. *Quality of primary care from the patient perspective in south west Malawi: Development and application of the Malawian Primary Care Assessment Tool (Pcat-Mw)*. Doktoravhandling. Bergen: Universitetet i Bergen, 2020.
- Dørheim S. *Depression and sleep in the postnatal period. A study in Nepal and Norway*. Doktoravhandling. Bergen: Universitetet i Bergen, 2009.
- EurOOHnet. <http://euroohnet.eu>
- Fugelli P. Brev fra Provence. Rosinen i pølsa. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1991; 111: 3721-2.
- Hasha W. *The effect of two different interventions on chronic pain and mental health symptoms among Syrian refugees*. Doktoravhandling. Bergen: Universitetet i Bergen, 2021.
- Heyrman J (red.). *EURACT Educational Agenda*. Leuven: European Academy of Teachers in General Practice EURACT, 2005.
- Hunskår S. Take the money and run! *Tidsskr Nor Lægeforen* 2007; 127: 1404-5.

- Knutsen M, Mildestvedt T. Vasco da Gama Movement – engasjement for unge allmennmedisinere. *Utposten* 2008; 37 (2): 24-6.
- Malterud K, Hunskaar S (red.). *Patient-centred approaches to chronic myofascial pain in primary care*. Oxon: Radcliffe Medical Press, 2002.
- McWhinney IR. *A textbook of family medicine*. New York: Oxford University Press, 1981.
- Mohamed KG. *The Gezira Family Medicine Project (GFMP). A scientific evaluation of a Master program for family physicians in Gezira, Sudan*. Doktoravhandling, Bergen: Universitetet i Bergen, 2019.
- Schei E. Druiden i Pennsylvanias dype skoger. *Tidsskr Nor Legeforen* 2011; 131: 1519-21.
- Schei E. Mr. and Mrs. Professionalism. *Tidsskr Nor Legeforen* 2017; 137: 616-8.
- Stewart MA, Brown JB, Weston JW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. *Patient-Centered Medicine. Transforming the Clinical Method*. Toronto: Sage, 1995.
- Strømme E. *Changes in health among Syrian refugees. A prospective study along the migration trajectories from the Middle East to Northern Europe*. Doktoravhandling, Bergen: Universitetet i Bergen, 2021.
- Tulinius C, Hibble A, Stensland P, Rudebeck CE. *Being a GP in the Nordic Countries*. <https://www.blurb.co.uk/b/4480717-being-a-gp-in-the-nordic-countries>
- Østbye T. *The Canadian Study of Health and Aging: Epidemiological investigations with special emphasis on dementia and related factors*. Doktoravhandling, Bergen: Universitetet i Bergen, 2000.

## 9. Lærebøker og fagbøker

*Michael 2022; Supplement 29: 298–309.*

*Historien om faglitteraturen er på mange måter historien om fagutviklingen, kampen om egen spesialitet og utviklingen av de akademiske institusjonene (Hunskår, 2013). Kapitlet skal gi en oversikt over allmennmedisinsk faglitteratur som springer ut fra vårt eget fagmiljø. Instituttets ansatte har publisert fagstoff om og for sitt eget fag i mange ulike sjangrer, som fagbøker, lærebøker, handlingsprogram, tidsskriftartikler og etter hvert også digitale produkter. Vi har her begrenset oss til bøker i mer tradisjonell forstand, og dermed utelatt hefter og læremiddel fra legemiddelindustrien, deltakelse i utarbeidelse av handlingsprogram, kompendier og lignende. Vi har satt som krav at minst en av fagmiljøets ansatte må være navngitt som forfatter eller redaktør. Gjennom arbeidet har vi identifisert om lag 60 bokutgivelser, inkludert nye og reviderte utgaver.*

Forlagene gir ut mange medisinske fagbøker, men hva skal til for at faglitteraturen er spesifikk *allmennmedisinsk*? En artikkel i *Tidsskriftet* i 1990 drøftet krav og forventninger til slik faglitteratur (Horgen, 1990). I alt 16 krav ble kategorisert i fire hovedområder:

- a) Det må kunne argumenteres for at allmennlegen eller studenten trenger boka
- b) Boka må få fram det teoretiske og faglige fundamentet for allmennmedisinen
- c) Boka må få fram det praktiske og konkrete innholdet i allmennmedisinen
- d) Boka må ha en form som gjør den lett tilgjengelig for en travel allmennlege

## **Fagbøker for og om allmennpraksis i Norge: Mange gode hjelpere**

Fra starten i 1983 hadde Norsk selskap for allmennmedisin (NSAM) et publiseringsutvalg (PU) med oppgave å stimulere til skriving og utgivelse av allmennmedisinsk faglitteratur (Kirkengen, 2004). For ytterligere å styrke skrivelysten mellom allmennlegene, omgjorde NSAM sitt forskningsstipend til et forfatterstipend i 1996.

I samarbeid med Universitetsforlaget etablerte PU bokserien *Allmennpraktikerbiblioteket*. I denne serien kom det hele 10 bøker i løpet av 6 år. Serien endret senere navn til *Allmennpraktikerserien*. Bøkene har et vidt spekter av emner, inkludert Kirsti Malterud og Marit Hafting sine doktoravhandlinger. *Hverdagspediatri* av barnelegen Ole Sverre Haga kom i 1995 som en videreutvikling av et kompendium til bruk for turnusleger, senere omarbeidet for allmennmedisinundervisningen i Bergen, der Haga deltok i mange år.

Parallelt med etablerte serier og involvering av PU ble det utgitt en rekke frittstående bøker av og for allmennleger. Avgrensingen til hva som er en fagbok for allmennpraksis, kan være uklar. Vårt fagmiljø har uansett publisert over et stort tematisk spenn, fra kliniske håndbøker, teori og filosofi til utenlandske fagbøker. PU ble oppløst i 2006, da man mente at fødselshjelperperioden var over, og faget og fagforfatterne kunne stå på egne ben også når det gjaldt bokutgivelser.

## **Institutt for allmennmedisin (IAM) 1972–1991: Per Fugelli sto for produksjonen nesten alene!**

I takt med den faglige utviklingen og fagidentiteten i allmennmedisinen ble det på 1980-tallet etterlyst litteratur som rettet seg direkte mot allmennlegene. I professor Sigurd Humerfelt sin tid ved IAM (1972–1984) har vi ikke funnet en eneste fagbok fra universitetsmiljøet i Bergen.

Det hadde altså vært stille lenge på bokfronten i norsk allmennmedisin da Per Fugelli ble professor i Bergen i 1984. I et berømt foredrag på APLFs Beito-kurs samme år rettet han en harmdirrende pekefinger mot sitt eget fag: Du skal skrive ditt fag! (Fugelli, 1984). Begrunnelsen var presist formulert. Den allmennmedisinske erfaringen og kunnskapen må ned på papiret via hånden og pennen:

- Først da blir den et bidrag til den allmennmedisinske fagutviklingen
- Først da kan den prøves og læres
- Først da kan vi dokumentere vårt fag
- Først da *er* vi et fag!

Per Fugelli skrev selv nesten 50 bøker i sin levetid, de fleste som eneforfatter. Her nevner vi de bøkene som vi mener å kunne identifisere som å ha bakgrunn i eller relatert til hans tid som professor i allmennmedisin i Bergen:

- Per Fugelli. *Fiskerens helsebok*. Oslo: Universitetsforlaget, 1984.
- Per Fugelli, Kjell Johansen, red. *Langsomt blir faget vårt eget*. Oslo: Universitetsforlaget, 1984.
- Per Fugelli. *Helse, livsstil og levekår. Innføring i samfunnsmedisin*. Oslo: Aschehoug, 1985.
- Per Fugelli, red. *Huslegen I og II*. Oslo: Arnkrone Nordiske Bokverk, 1985.
- Knut Halvorsen, Odd Bakken, Per Fugelli. *Arbeidsløs i velferdsstaten – helse og velferdsfølger av å være uten lønnet arbeid*. Oslo: Universitetsforlaget, 1986.
- Per Fugelli, Jens Eskerud, Kjell Haug, Kjell Johansen. *Å lage gode leger. Mål og plan for den almenmedisinske grunnutdanningen*. Oslo: Universitetsforlaget, 1986.
- Per Fugelli, Magne Nylenna, red. *Kunnskap er makt – og bør deles med andre*. Oslo: Universitetsforlaget, 1987.
- Arild Bjørndal, Per Fugelli. *Nerveproblemer og nervemedisiner*. Oslo: Aschehoug, 1987.
- Per Fugelli. *Helse og rettferdighet*. Bergen: Alma Mater, 1990.
- Per Fugelli. *Med sordin og kanon*. Oslo: Tano, 1990.
- Even Lærum, Per Fugelli. *Forskningsveiledning*. Oslo: Universitetsforlaget, 1990.
- Per Fugelli, red. *Flexicon. Medisin I og II*. Oslo: Arnkrone Nordiske Bokverk, 1990.
- Bent Guttorm Bentsen, Dag Bruusgaard, Åsa Rytter Evensen, Per Fugelli, Ivar Aaraas, red. *Allmennmedisin. Fag og praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 1991.

### **Lærebøkene i allmennmedisin 1991–2022 – læreboksuksesser med sterk bergensk påvirkning**

Etter at studentundervisning i allmennmedisin startet ved de nye universitetsinstituttene på 1970-tallet, kom det raskt en debatt om hva som skulle være pensum og hvilke bøker studentene burde lese (Fugelli, 1981). I Danmark utga FADLs forlag fembindsverket *Lærebog i almen medicin* (1977–82), men bøkene var lite egnet for norske studenter. I 1981 kom *An introduction to family medicine* av professor Ian McWhinney fra Canada, en lærebok som har hatt stor verdi i utviklingen av allmennmedisinen internasjonalt helt til i dag. Den ble introdusert som pensumbok i Oslo og Trondheim, men ikke

i Bergen eller Tromsø. Mangelen på en lærebok tilpasset norske forhold var synlig og tydelig, og satte faget i et underlig lys.

Per Fugelli var sentral i diskusjonene og hadde selv disposisjonen for en bok klar i 1983–84, men etter noen år i Bergen ga han opp soloprosjektet. Ved instituttet i Bergen var det diskusjoner om å ta på seg ansvaret for et læreverk, men synspunktene sprikte mye (Haug, 2003). Noen mente at en lærebok i allmennmedisin var et umulig paradoks i seg selv på grunn av fagets brede tilnærming og med innslag fra alle andre kliniske fag, mens andre mente det var en helt avgjørende del av den prosessen faget var inne i. Fugelli la selv listen høyt for en lærebok, og fallhøyden ble ikke mindre etter at han i en svært omdiskutert bokanmeldelse «slaktet» en respektert professorkollega for det første svenske forsøket på å skrive studentlærebok i faget (Tibblin 1989; Fugelli 1990).

I 1991 kom boka *Allmennmedisin – Fag og praksis*, med Bent Guttorm Bentsen, Dag Bruusgaard, Åsa Rytter Evensen, Per Fugelli og Ivar Aaraas som redaktører (figur 1). Boka handlet ikke om symptomer og sykdommer, men om allmennlegens roller og arbeidsmåter. Boka ble senere oversatt til både svensk og dansk. Boka ble pensum ved alle de norske fakultetene, som et kjærkomment og konkret tegn på allmennmedisinen som universitetsfag. Den var i bruk både hos oss i Bergen og de andre fakultetene inntil 2003.

#### *Allmennmedisin – Klinisk arbeid (1997)*

Fugelli var en viktig inspirator for prosessen som i 1997 endte med utgivelsen av *Allmennmedisin – Klinisk arbeid*, selv om han selv ikke deltok i dette arbeidet. Han hadde oppfordret oss andre til å gå videre med en klinisk lærebok etter utgivelsen av boka fra 1991. Men på denne tiden var han på vei ut av formelle posisjoner i allmennmedisin og hadde nye jaktmarker i sikte.

På det allmennmedisinske instituttmøtet i 1992 ble det nedsatt en arbeidsgruppe som skulle fungere som tenkekomité for en klinisk lærebok. Terje Johannessen (NTNU), Knut Holvedahl (UiT), Olav Rutle (UiO) og Steinar Hunskår (UiB) var medlemmer. I løpet av 1993/1994 gjorde denne gruppa et omfattende utredningsarbeid om læreboka. Det felles instituttmøtet i 1994 applauderte planene for boka, og Steinar Hunskår tok på seg oppdraget som hovedredaktør. I tillegg ble redaksjonskomiteen utvidet med Marit Hafting (UiB) og Irene Hetlevik (NTNU).

Fondet til fremme av allmennmedisinen i Sør-Trøndelag (Nidarosfondet) støttet prosjektet med kr 500.000 fordelt over tre år (1995–97). Dette var helt avgjørende for at prosessen kunne gå videre og at praktisk lærebokarbeid kunne bli en realitet. Forlagsspørsmålet ble avgjort på en uortodoks måte.

De tre forlagene som hadde utgitt faglitteratur for allmennpraksis (Universitetsforlaget, Tano og Ad Notam Gyldendal), ble utfordret til å kjempe om boka etter å ha fått tilsendt «anbudspapir». Basert på svar, presentasjoner og forhandlingsmøter gikk oppdraget til forlaget Ad Notam Gyldendal. De ville satse tungt på boka, delfinansiere prosjektsekretærstilling ved UiB og arbeide for at boka ble en milepæl i allmennmedisinsk faglitteratur.

Boka kom ut til Nidaroskongressen i 1997 (figur 1). Den ble både en faglig og salgsmessig suksess. I ettertid er det lett å slå fast at denne læreboka ble en merkestein i den allmennmedisinske fagutviklingen i Norge, og at den har hatt stor verdi for fagidentitet og fagavgrensning. Boka og redaksjonskomiteen fikk Det medisinske fakultets (UiB) studiekvalitetspris for 1997.

Som en kuriositet kan nevnes at *Norsk Elektronisk Legehåndbok (NEL)* er grunnlagt av Terje Johannessen som var professor i allmennmedisin ved NTNU og medlem av den første redaksjonskomiteen for læreboka. Det faglige grunnlaget for førsteutgaven av NEL var læreboka i allmennmedisin, etter at NEL i 1999 kjøpte bruksrett til struktur og innhold fra Ad Notam Gyldendal for 200 000 kroner. Den første teksten i NEL var et stikkordbasert kondensat av lærebokteksten, og den dag i dag kan rammeverket fra læreboka lett kjennes igjen i NEL.

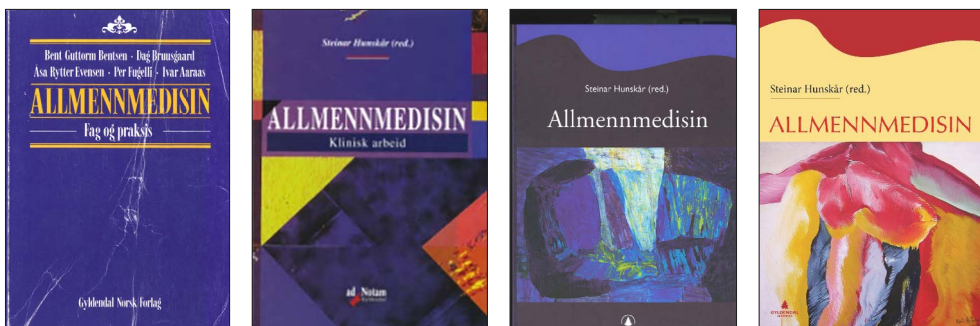
#### *Uten undertittel: Allmennmedisin (2003 og 2013)*

Etter få år startet arbeidet med ny utgave, og i redaksjonskomiteén ble Hafting erstattet av Hogne Sandvik fra UiB. Redaktørene av *Allmennmedisin – Fag og praksis* fra 1991 ga signal om at det teoretiske stoffet der burde inkorporeres i en samlet, altomfattende lærebok i allmennmedisin. Og slik ble det, to bøker ble til en. Innledningen ble utvidet til om lag 100 sider, og boka kom uten undertittel med 832 sider som *Allmennmedisin* alene. Visjonen om den «store allmennmedisinboka» var blitt virkelighet (figur 1). Boka ble en suksess for forlaget, og over 12 000 eksemplarer ble solgt.

Fra 2010 ble professorene Mette Brekke (UiO) og Tone Smith-Sivertsen (UiB) nye redaksjonsmedlemmer for Fosse og Hetlevik. Igjen ble en stor allmennmedisinsk dugnad gjennomført. Over 70 personer var med på å skrive boka, mange fra våre universitetsmiljø. Boka kom på markedet i 2013 (figur 1). Faget hadde igjen klart å presentere ei oppdatert, komplett og moderne lærebok.

#### *Vellykket eksportvare*

Sverige hadde den samme lærebokdebatten som i Norge; hvordan skrive en omfattende lærebok som dekket hele faget. Allmennmedisinprofessor Birgitta Hovellius i Lund ledet en stor svensk redaksjon som sammen med



*Fag og Praksis 1991*

*Allmennmedisin  
– Klinisk arbeid 1997*

*Allmennmedisin  
2. utg. 2003*

*Allmennmedisin  
3. utg. 2013*

*Figur 1: Lærebøkene 1991–2013*

forlaget Studentlitteratur utarbeidet den svenske utgaven *Allmänmedicin*, som kom i 2007. Boka oppnådde lignende status for faget som den norske (Hunskår, 2015).

Tredjeutgaven ble revidert direkte i Sverige basert på den forrige svenske teksten. Man ville legge enda større vekt på forankringen i de sju fakultetene i Sverige, med tanke på å etablere boka som pensumlitteratur. Boka kom ut i Sverige i 2015.

Det danske forlaget Munksgaard hadde solgt de to første norske utgavene i kommisjon med dårlig resultat. Da vi planla tredje utgave i Norge, ville danskene satse på en danskspråklig og nasjonalt bearbeidet utgave. Profesorene Johann Agust Sigurdsson (Reykjavik, Island, nå NTNU i Trondheim) og Calle Bengtsson (Göteborg, Sverige) skrev i 1998 at det var en *skandinavisk* bok som var utgitt i Norge i 1997. 15 år senere var dette i ferd med å materialisere seg. Et stort arbeid ble lagt ned i Danmark før boka kom i 2014.

Som om ikke det var nok, tok professor i allmennmedisin ved Universitetet i Tartu, Ruth Kalda, kontakt med tanke på en estisk utgave. Gjennom en nasjonal redaksjon og veiledning fra Steinar Hunskår kom *Peremeditsiin* på markedet i 2020, til bruk både i grunnutdanningen og spesialistutdanningen i allmennmedisin i Estland.

### *Utgavelisten*

Her følger en oversikt over alle utgavene:

Steinar Hunskår (red.). *Allmennmedisin: Klinisk arbeid*. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1997.



- Steinar Hunskår (red.). *Allmennmedisin*, 2. utg. Oslo: Gyldendal akademisk, 2003.
- Steinar Hunskår (red.). *Allmän Medicin*. Lund: Studentlitteratur, 2007.
- Steinar Hunskår (red.). *Allmennmedisin*. 3. utg. Oslo: Gyldendal akademisk, 2013.
- Steinar Hunskår (red.). *Almen Medicin*. København: Munksgaard, 2014.
- Steinar Hunskår (red.). *Allmän Medicin*. 2. utg. Lund: Studentlitteratur; 2015.
- Steinar Hunskår (red.). *Peremeditsiin*. Tartu: Tartu ülikool kirjastus, 2020.

### *Hva med fremtiden?*

Det er nå i 2022 ni år siden forrige utgave, men studentene melder at boka fremdeles er god og nyttig, og den blir mye brukt ved medisinstudiene både innenlands og hos utenlandsstudentene. Forlaget og redaktøren har konkludert med at boka er etterspurt, den er ikke overflødig i en digital verden, og studentene er entydige i sine ønsker om oppdatering. Det er opprettet en ny redaksjonskomité, der bare redaktøren er med videre fra sist. Yngre krefter er sluppet til, med god forankring i allmennmedisin og med god geografisk spredning: førsteamanuensis Anja Maria Lyche Brænd (UiO), førsteamanuensis Håvard Skjellegrind (NTNU) og professor Peder A. Halvorsen (UiT). Planen er at en fjerde utgave skal komme i 2023. Selv om bare redaktøren er UiB-basert i den nye redaksjonskomitéen, er det rekruttert en rekke nye forfattere fra bergensmiljøet. Bergen er dermed fortsatt en viktig base for læreboken.

### **Kvalitativ forskning: En serie metodebøker fra Kirsti Malterud**

Professor Kirsti Malterud har gjennom en serie populære metodebøker fra 1996 og til i dag satt kvalitative forskningsmetoder på dagsorden innen medisin og helsefag. Bøkene er kommet i nye og utvidede revisjoner, og bøkene har betydelig autoritet og utbredelse hos forskere innen medisin og helsefag. Her følger en oversikt over alle utgavene med en kort innholdsbeskrivelse:

Kirsti Malterud. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en innføring*.

1. utg. Oslo: TANO, 1996. Første innføringsbok på norsk om kvalitative forskningsmetoder skrevet med sikte på medisinske forskere. Boken presenterer de kvalitative metodenes egenart, muligheter og utfordringer i teori og praksis.

Kirsti Malterud. *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning. En introduktion*.

1. utg. Lund: Studentlitteratur, 1998. Svensk oversettelse av boken fra 1996.

- Kirsti Malterud. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget, 2003. Revidert utgave av boken fra 1996. Betydelig omarbeidet, særlig når det gjelder forutsetninger og kriterier for vitenskapelig kvalitet. Her presenteres første versjon av analysemetoden systematisk tekstkondensering.
- Kirsti Malterud. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget, 2011. Tredje utgave av boken fra 1996. Betydelig omarbeidet med nye kapitler om prosjektlogg, kvalitative metaanalyser og diskursanalyse.
- Kirsti Malterud. *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget, 2012. Boken er skrevet for forskere i medisin og helsefag som vil bruke fokusgrupper som metode i kvalitative studier. Fokusgrupper er en spesiell variant av gruppeintervju der samhandlingen mellom deltakerne kan gi en merverdi. Boken presenterer metodiske prinsipper, fremgangsmåter og utfordringer.
- Kirsti Malterud. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En introduktion*. 2. utg. Lund: Studentlitteratur, 2014. Revidert utgave av boken fra 1998.
- Kirsti Malterud. *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. 4. utg. Oslo: Universitetsforlaget, 2017. Fjerde reviderte utgave av boken fra 1996. Nye kapitler om vitenskapsteori, tolkning, implementeringsforskning og teoretiske spørsmål.
- Kirsti Malterud. *Kvalitativ metasynthese som forskningsmetode i medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget, 2017. Boken er skrevet for helseforskere som vil bruke kvalitativ metasynthese som forskningsmetode for systematisk oversikt, syntese og bærekraftig gjenbruk av kvalitative primærstudier.
- Kirsti Malterud. *Qualitative metasynthesis: A research method for medicine and health sciences*. Abingdon: Routledge, 2019. Engelsk oversettelse av boken fra 2017.

### **Andre fagbøker skrevet eller redigert av personer fra instituttmiljøet eller i tilknytning til dette**

Mange har vært skriveføre og utgitt bøker innen ulike emner, ikke bare allmennmedisin som sådan, men innen tilgrensede eller frittstående områder (figur 2 og 3). Bjørn Bjorvatn har skrevet flere bøker om søvn, både for den som utreder og behandler, og selvhjelps bøker for dem som sover dårlig. Janecke Thesen var medforfatter på den første boken om svangerskapsomsorg i allmennpraksis, som kom i mange utgaver før Helsedirektoratet overtok med sine nasjonale retningslinjer. Edvin Schei har vært en ivrig bokskriver om legeutdanning, legerollen og kommunikasjon. Her er en

kronologisk liste over resten av bøkene vi har identifisert, med en kort omtale:

- Per Bergsjø, Reidun Førde, Sonja Irene Sjøli, Jo Telje, Janecke Thesen. *Svangerskapsomsorg i allmennpraksis*. Oslo: Universitetsforlaget, 1985. Boka er først og fremst skrevet for allmennpraktiserende leger, men er også av nytte for jordmødre og andre grupper av helsepersonell som er engasjert i svangerskapskontroll.
- Kirsti Malterud. *Allmennpraktikerens møte med kvinnelige pasienter*. Doktoravhandling. Institutt for almenmedisin, Universitetet i Bergen. Oslo: TANO, 1990.
- Per Bergsjø, Reidun Førde, Sonja Irene Sjøli, Jo Telje, Janecke Thesen. *Svangerskapsomsorg i allmennpraksis*. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget, 1991.
- Kari Bø, Steinar Hunskaar, Knut Laake, Anne Vinsnes, Inger Steenbuch. *Inkontinens. Om frivillig vannlating hos kvinner og menn*. Oslo: Universitetsforlaget, 1992. En fagbok om urininkontinens beregnet på pasienter og helsepersonell.
- Marit Hafting. *Et eple om dagen. Eldre småforbrukere av helsetjenester*. Oslo: Cappelen Damm, 1995. Boken er basert på doktoravhandlingen der eldre med liten kontakt med helsevesenet intervjues om sykdomsoppfatning, forebygging og hva slags behandling, pleie og omsorg de ønsker dersom de skulle bli syke.
- Edvin Schei. *I kongens klær. En veileder til førstegangstjenesten*. Oslo: Universitetsforlaget, 1996. Opplysningsbok om militærtjenesten, inkludert sosiale og kulturelle utfordringer, samt helsemessige aspekter.
- Per Bergsjø, Reidun Førde, Sonja Irene Sjøli, Jo Telje, Janecke Thesen. *Svangerskapsomsorg i allmennpraksis*. 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget, 1998.
- Edvin Schei, Arild Gulbrandsen. *Forstår du, doktor? Mot en humanistisk legeutdanning*. Oslo: Tano Aschehoug, 2000. Artikkelsamling. Med humor, fantasi og faglig innsikt skisseres veier å gå i en radikal nytenking av legers utdanning.
- Kirsti Malterud (red.). *Kvinnens ubestemte helseplager*. Oslo: PAX, 2001. Populærvitenskapelig bok om medisinsk uforklarte symptomer blant kvinner, med formidling fra forfatterens forskningsprosjekter.
- Kirsti Malterud, Steinar Hunskaar (red.). *Chronic myofascial pain. A patient-centered approach*. Oxford: Radcliffe Medical Press, 2002. Fagbok om muskelskjellittidelser i et pasientsentrert perspektiv. Kapittelforfattere fra Norge, Sverige og USA.

- John Nessa. *Medisin og eksistens. Samtale, psykodynamikk og psykoterapi i allmennmedisin*. Oslo: Gyldendal akademisk, 2003. Boken handler om språk, klinisk samtale, narrativ medisin, utviklingspsykologi, menneskesyn og legerolle.
- Knut Stene-Johansen, Edvin Schei, Jan C. Frich. *På sykeleiet – sykdom og medisin i litteraturen*. Oslo: Gyldendal, 2005. Boken gir et litterært blikk på sykdom, med tekster fra ulike forfattere som på forskjellig vis belyser fenomenet.
- Anbjørg Ohnstad, Kirsti Malterud (red.). *Lesbiske og homofile i møte med helse- og sosialtjenesta*. Oslo: Det Norske Samlaget, 2006. Boken er skrevet for fagfolk innen helse- og sosialtjenesten. Her rettes søkelyset mot hvordan homofile og lesbiske møtes av hjelpeapparatet.
- Kirsti Malterud (red.), John Nessa, Per Stensland, Janecke Thesen. *Legekunst i praksis – kommunikasjon lege-pasient*. Oslo: Universitetsforlaget, 2006. Boken er skrevet for legestudenter i utplassering, turnusleger og allmennleger i spesialistutdanning, med forfatternes forskning som utgangspunkt.
- Per Bergsjø, Reidun Førde, Sonja Irene Sjøli, Jo Telje, Janecke Thesen. *Svangerskapsomsorg i allmennpraksis*. 4. utg. Oslo: Universitetsforlaget, 2006.
- Bjørn Bjorvatn. *Bedre søvn. En håndbok for deg som sover dårlig*. Bergen: Vigmostad & Bjørke, 2007. Boken er en selvhjelpsbok for pasienter som sover for lite eller for dårlig. Det formidles evidensbasert kunnskap om behandling av søvnproblemer.
- Edvin Schei. *Hva er medisin*. Oslo: Universitetsforlaget, 2007. En bok i Hva er-serien. Boken gir et bilde av vår tids medisin, der enkeltmenneskers skjebner veves sammen med faglige erfaringer og vitenskapelige perspektiver.
- Bjørn Bjorvatn. *Søvn sykdommer. Moderne utredning og behandling*. Bergen: Fagbokforlaget, 2012. Boken retter seg mot helsepersonell som jobber med pasienter med søvnproblemer, som fastleger, sykehusleger og psykologer, samt studenter innen disse fagene.
- Eivind Meland. *Det hellige som kilde til helse*. Bergen: Eide forlag, 2012. Boken drøfter mulighetene for et allmennreligiøst stæsted med relevans for helse på tvers av tros- og bekjennelsesstæsted.
- Bjørn Bjorvatn. *Bedre søvn. En håndbok til deg som sover dårlig*. Bergen: Fagbokforlaget, 2013. Oppdatert og revidert versjon av boken utgitt i 2007.
- Edvin Schei. *Lytt. Legerolle og kommunikasjon*. Bergen: Fagbokforlaget, 2014. Innføring i teori om legerolle og kommunikasjon. Pensumbok på medisinstudiet siden 2015 og brukt i spesialistutdanningen i allmennmedisin.
- Bjørn Bjorvatn. *Ungdomssøvn. Utredning og behandling av forstyrret døgnrytme og andre søvnlidelser*. Oslo: Gyldendal akademisk, 2016. Boken retter



Figur 2: Et utvalg fagbøker 2002–2014

seg mot helsepersonell som jobber med ungdommer med søvnproblemer, men også mot lærere, foreldre og ungdommene selv.

Elisabeth Holm Hansen, Steinar Hunskaar. *Legevaktarbeid*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 2016. Første norske fagbok og lærebok om legevakttjenesten. Beregnet for leger, sykepleiere og andre ansatte fagpersoner i legevakt, samt studenter i disse helsefagene.

Stefan Hjörleifson, Kjersti Lea. *God praksis om medisin og etikk*. Bergen: Fagbokforlaget, 2017. Grunntesen i God praksis er at medisin er en moralsk virksomhet. Boken tar sikte på å stimulere til interesse for etikk og til videreutvikling av den dømmekraften leger trenger for å ivareta profesjonens forpliktelse til å hjelpe.

Steinar Hunskaar, Hogne Sandvik. *Legevaktens historie*. Fra barberkirurg til digital vaktlege. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, 2018. Boken beskriver historien om legevakten som institusjon og klinisk arena fra tidlige tider til i dag.

Bernadette N. Kumar, Esperanza Diaz. *Migrant health. A primary care perspective*. Boca Raton: CRC Press, 2019. Boken gir praktisk veiledning for allmennleger og andre helseprofesjoner i primærhelseteamet til å forbedre helsetilbudet til innvandrere.

Bjørn Bjorvatn. *Skiftarbeid og søvn. Slik mestrer du nattarbeid og uregelmessig arbeidstid*. Bergen: Fagbokforlaget, 2019. Boken er skrevet for skift- og nattarbeidere, og inneholder konkrete råd om hvordan arbeideren kan mestre denne type arbeid.



Figur 3: Noen av fagbøkene utgitt de siste årene

Elisabeth Holm Hansen, Steinar Hunskaar. *Legevaktarbeid*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 2020. Andre og reviderte utgave av boken fra 2016. Bjørn Bjorvatn. *Bedre søvn. En håndbok for deg som sover dårlig*. Bergen: Fagbokforlaget, 2021. Oppdatert og revidert versjon av boken utgitt i 2013.

## Litteratur

- Fugelli P. Lærebøker i almenmedisin. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1981; 101: 582–5.
- Fugelli P. Du skal skrive ditt fag. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1984; 104: 1343–6.
- Fugelli P. Allmän medicin. *Läkartidningen* 1990; 87: 972.
- Haug K, Hunskaar S. Å bygge et institutt. I: Bjørndal A, Nylenna M (red.). *Med makten i sitt ord*. Oslo: Unipub, 2003: 33–45.
- Horgen E, Hunskaar S. Norsk faglitteratur for allmennpraksis. Noen krav og forventninger. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1990; 110: 1718–20.
- Hunskaar S. Faglitteratur for allmennpraksis. I: *Festskrift for Allmennlegeforeningens 75-års jubileum 1938–2013*. Oslo: Allmennlegeforeningen – Den norske legeforening, 2013: 118–32.
- Hunskaar S. Felles allmenmedisinsk lærebok i Skandinavia. *Utposten* 2015; 44 (6): 24–7.
- Kirkengen AL. Den allmenmedisinske kanon – er den nå komplett? *Utposten* 2004; 33 (4): 32–5.
- Sigurdsson JA, Bengtsson C. New Scandinavian book on the clinical work of general practice. *Scand J Prim Health Care* 1998; 16: 7.
- Tibblin G, Haglund G. *Allmän medicin*. Stockholm: Almqvist & Wiksell, 1989.

## 10. Priser og heder

*Michael 2022; Supplement 29: 310–21.*

*Både innen faget allmennmedisin og de akademiske miljøene generelt er vi flinke til å gi priser! I dette kapitlet prøver vi å gi en oversikt over priser og annen heder som er gitt til enkeltpersoner, grupper og miljøer i vår 50-årige allmennmedisinske historie i Bergen. Mange personer fra våre fagmiljøer har oppnådd anerkjenning og heder gjennom å få priser av ulikt slag, både lokale, nasjonale og internasjonale. En ting er at allmennlegene er flinke til å gi seg selv priser, gjennom foreninger og allmennmedisinske møter og kongresser. Men vi blir bokstavelig talt også satt pris på fra andre felt og fagmiljø, der vi ikke nødvendigvis har foreslått oss selv eller deltatt i vurderingene. Listen viser at våre medarbeidere har vunnet prestisjetunge forskningspriser og fagpriser for andre sterke individuelle prestasjoner. Men ofte er det også priser som står godt i stil med det allmennmedisinske ideologiske grunnfjellet: Utdanning og undervisning, kommunikasjon og formidling, kritisk debatt og teori, pasientrettigheter og svake grupper. En pristildeling har to sider; å få den, men også å gi den. Begge tilnærminger har som formål å lyse opp noe; en person eller gruppe som fortjener oppmerksomhet for noe som er gjort, sagt eller skrevet, men også sette søkelys på en sak eller et tema som trenger oppmerksomhet. La oss glede oss med prisvinnerne og med faget som utvikler dem!*

I arbeidet med å innhente et så komplett tilfang av priser og heder som mulig, har vi brukt mange kilder: Årsmeldinger, søk på Internett og omtale i Samklang og Paraplyen, men først og fremst har vi bedt om at flest mulig oppgir opplysninger om seg selv. Som oversikten nedenfor viser, er det et omfattende materiale som er sortert og kategorisert. Vi har valgt å bruke en inndeling basert på hvem som har tildelt prisene:

- Universitetet i Bergen (UiB)
- Den norske legeförening (Dnlf)

- Andre norske priser
- Utenlandske priser
- Andre utmerkelser

### Priser fra Universitetet i Bergen

UiB deler ut en rekke årlige priser. Dette gjelder priser for publikasjoner, undervisning, utdanning, forskning og formidling fra både instituttet, fakultetet og fra UiB sentralt.

*Ugleprisen* er Universitetet sin interne pris for utdanningskvalitet. Prisen blir delt ut av Universitetets utdanningsutvalg til fagmiljø som kan dokumentere særlig vellykket tiltak for studiekvalitet.

- *Anders Børheim og Senter for tverrprofesjonell samarbeidslæring i primærhelsetjenesten (TVEPS)*, ble tildelt prisen i 2013 og hedret for særlig vellykket tiltak for studiekvalitet i form av tverrfaglig samarbeid og tverrprofesjonell læring.

Det medisinske fakultet deler hvert år ut Undervisningsprisen, Studiekvalitetsprisen og en pris for fremragende forskningsformidling.

*Undervisningsprisen* tildeles preklinisk eller klinisk underviser, og det er studentene som nominerer til prisen.

- *Steinar Hunskaar* ble tildelt prisen i 1999 som beste foreleser for avgangskullet.
- *Thomas Mildstedt* ble tildelt prisen i 2018 for gode pedagogiske evner, stor innsats- og foregangsvilje i sitt fagmiljø, samt arbeidet med ny studieplan i medisin.

*Studiekvalitetsprisen* skal stimulere og belønne gode tiltak innen studiekvalitet i fakultetets fagmiljøer. Overføringsverdien til andre fagmiljøer og studieprogram skal også vektlegges. Personer ved Fagområdet allmennmedisin (FAM) har flere ganger mottatt denne prisen:

- *Kirsti Malterud* og *Steinar Hunskaar* fikk i 1992 begge pris for hvert sitt «beste essay om medisinsk utdanning i år 2000».
- *Steinar Hunskaar* i 1997 for læreboka *Allmennmedisin – Klinisk arbeid*.
- *Edvin Schei* og *Profesjonalitetskomiteen* fikk prisen i 2013 for sitt pedagogiske nyskappingsarbeid med emnet Pasientkontakt (PASKON) i første studieår. Her blir de ferske studentene introdusert til legerollen og pasientkommunikasjon gjennom personlige erfaringer.



- *Øystein Hetlevik* og semesterstyret for 11. semester i medisinstudiet fikk prisen i 2019 for god sammenheng mellom læringsutbytter, undervisningsformer og vurderingsformer i et semester som innpasser ulike fagmiljøer til et helhetlig semester.

*Prisen for fremragende forskningsformidling* er tildelt tre ganger til forskere i allmennmedisin.

- *Bjørn Bjorvatn* fikk prisen i 2010 for sin fabelaktige evne til å kunne popularisere og knytte behovet for vitenskapelig kunnskap til dagsaktuelle tema om søvn.
- *Steinar Hunskaar* mottok prisen i 2013 for sitt mangeårige formidlingsengasjement, der han har satt medisinsk forskning på dagsorden og formidlet forskning og akademisk arbeid til et stort publikum, både i helsevesenet og til folk flest, blant annet gjennom mangeårig legespalte i lokalaviser.
- *Edvin Schei* fikk prisen i 2019 for sitt arbeid med offentlig formidling av kunnskap, teori og kritisk refleksjon om medisin og helse, ikke minst gjennom Filosofisk poliklinikk i over 20 år.

*Merittert underviser* er en ny høythengende tittel som tildeles universitetsansatte med omfattende praksis, god innsikt i pedagogisk teori og stor innsats for utdanningskvalitet i bred forstand. Alle utdanningsinstitusjoner i landet skal ha denne ordningen. Det medisinske fakultet utnevnte i 2021 sine seks første, som da blir deltakere i fakultetets «pedagogiske akademi». Blant de seks er det to fra Fagområde for allmennmedisin:

*Thomas Mildestvedt* får tittelen for sitt store engasjement for studentenes læring. Vurderingskomiteen omtaler han som en lagspiller og en betydelig ressurs i arbeidet for økt kvalitet og status for undervisningen.

*Edvin Schei* får tittelen for sin brede kompetanse og stor egen forskningsproduksjon innen undervisning og læring.

*Medisinsk fagutvalg sin Hederspris* ble i 2019 tildelt *Anders Børheim* for nytenkning, nyskaping og profesjonalisering av det medisinske fakultet, og for utmerket undervisning (figur 1).

*Forskningspriser fra UiB*

- *Steinar Hunskaar* fikk i 1989 tildelt Meltzerprisen for yngre forskere. Meltzerprisen er flere forskningspriser som deles ut av Lauritz Meltzers høyskolefond og deles ut for fremragende forskning eller forskningsformidling ved Universitetet i Bergen.



*Figur 1: Medisinsk fagutvalg sin Hederspris ble i 2019 tildelt Anders Bærheim. Fra 1990 til i dag har han forelest på medisinstudiet, for så godt som samtlige av medisinstudentene ved universitetet. I begrunnelsen for hedersprisen beskrives han som en bauta: «Hans skussmål som trekkes frem er både for nytenkning, nyskaping og profesjonalisering av det medisinske fakultet, samt som en utmerket foreleser. Han har gjennomgående fått gode evalueringer for sin undervisning og sine møter med studentene. Egenskaper som trekkes frem er hans evne til å formidle et klinisk resonnement, nysgjerrighet til studentenes spørsmål og et glimt i øye under formidling.» Foto: Gunhild Agdesteen*

- Bjørn Bjorvatn (2001), Guri Rørtveit (2004) og Lars Thore Fadnes (2021) fikk fra Det medisinske fakultet tildelt Søren Falch og øyenlege Sigurd Falchs juniorpris for yngre forskere. Prisen gis til spesielt dyktige forskere yngre enn 40 år.

### *Publikasjonspriser*

Både instituttet og fakultetet tildeler årlig prisen for «Årets publikasjon». Instituttprisen går videre til konkurransen om fakultetsprisen.

- Kirsti Malterud fikk i 2001 instituttprisen for årets publikasjon for artikkelen «Qualitative research: standards, challenges, and guidelines», publisert i *Lancet*.
- Geir Thue, Kari Nerhus og Sverre Sandberg fikk i 2002 instituttprisen for artikkelen «Instruments for self-monitoring of blood glucose: comparisons of testing quality achieved by patients and a technician», publisert i *Clinical Chemistry*.
- Guri Rørtveit, Anne K Daltveit, Yngvild S Hannestad og Steinar Hunskår fikk i 2003 instituttprisen for årets publikasjon for artikkelen «Urinary incontinence after vaginal delivery or caesarean section», publisert i *New England Journal of Medicine*. Artikkelen fikk også prisen for Årets publikasjon fra Det medisinske fakultet samme år.
- Jan Magnus Bjordal, Elisabeth Ljunggren, Atle Klovning og Lars Slørdal fikk i 2004 instituttprisen for artikkelen «Non-steriod

anti-inflammatory drugs, including cyclo-oxygenase-2-inhibitors, in osteoarthritic knee pain: meta-analysis of randomized placebo controlled trial.», publisert i *BMJ*.

*Praksislærerprisen* blir utdelt årlig til en allmennlege som har utmerket seg som veileder for student i praksisperioden i 11. semester. Liste over prisvinnerne finnes i kapitlet om praksisperioden i den allmennmedisinske studieplanen.

### Priser fra Den norske legeforening

Legeforeningen har lang tradisjon for å dele ut priser for ulike formål, både fra sentralstyret og fra ulike underforeninger.

*Legeforeningens pris for forebyggende medisin* (tidligere *Legeforeningens hygienepreis*) har som hensikt å vekke interesse for forebyggende medisin og helsefremmende arbeid.

- *Eivind Meland* ble tildelt Hygienepreisen i 1983 for artiklene «Kostholdsbehandling av essensiell hypertensjon» i *Tidsskriftet* i 1980 og 1983.
- *Kirsti Malterud* ble tildelt prisen i 2010 sammen med Mona Flatval for sin artikkel «Helsefremmende erfaringer hos lesbiske» i *Tidsskriftet* i 2009.

*Legeforeningens kvalitetspris for primærhelsetjenesten* skal stimulere til kvalitetsarbeid i helsetjenesten. Prisene gis til prosjekter eller arbeid som har som mål å heve kvaliteten på helsetjenestene, med vekt på pasientfokus.

- *Kirsti Malterud* ble tildelt prisen i 2008 for sin artikkel «Internkontroll på et allmennlegekontor» i *Tidsskriftet*.
- *SKIL v/Nicolas Øyane* ble tildelt prisen i 2017 for sitt arbeid med å lage tilby fastleger gode verktøy til kvalitetskontroll, ved kurs og veiledning.

*Marie Spångberg-prisen* er opprettet av Legeforeningens landsstyre i forbindelse med 100-årsjubileet i 1993 for den første norske kvinnelige lege, Marie Spångberg. Formålet med prisen er å stimulere kvinnelige legers vitenskapelige innsats ved å prisbelønne den mest verdifulle vitenskapelige originalartikkel, skrevet av en norsk, kvinnelig lege.

- *Guri Rørtveit* mottok prisen i 2004 for sin artikkel om inkontinens etter vaginal fødsel og keisersnitt, publisert i *New England Journal of Medicine*.

Norsk forening for allmennmedisin deler årlig ut flere priser. *Løvetannprisen* deles ut til en allmennlege som har gjort en stor innsats for faget allmennmedisin. Innsatsen kan være på sentralt eller lokalt plan, i det stille eller i media, faglig eller organisatorisk, praktisk eller teoretisk.

- *Hogne Sandvik* fikk i 2002 prisen for sitt arbeid som drivkraft og nettredaktør på *Eyr* som var allmennlegenes debattforum på Internett i en årrekke. Her har hans innsats bidratt til et meget aktivt faglig miljø.
- *Knut Arne Wensaas* fikk i 2020 prisen for sin langvarige innsats for allmennmedisin og allmennleger gjennom fagutvikling og forskning – og som tillitsvalgt.

*Skribentprisen* (tidligere Norsk selskap for allmennmedisin sitt forfatterstipend) deles ut til allmennleger som i tekst fremmer allmennmedisinsk fagutvikling eller sprer kunnskap om faget.

- *Kirsti Malterud, John Nessa, Per Stensland og Janecke Thesen* ble tildelt forfatterstipendiet for 2005, for bokprosjektet *Legekunst i praksis*, utgitt på Universitetsforlaget i 2006.
- *Edvin Schei* ble tildelt stipendiet for 2006 for bokprosjektet «Hva er medisin», utgitt på Universitetsforlaget i 2007.

*Allmennmedisinsk forskningsutvalgs forskningspris* for 1998 gikk til Øystein Hetlevik for et prosjekt om astma blant skolebarn i Odda.

*Nidarosprisen* utdeles hvert annet år ved Nidaroskongressen. Prisen tildeles en allmennmedisiner som har gjort en fremragende innsats for utviklingen av faget gjennom utdanning, informasjon og fagutvikling.

- *Steinar Hunskår* fikk tildelt prisen i 2005 for sitt initiativ til å få skrevet og utgitt en lærebok i allmennmedisin.
- *Kirsti Malterud* ble tildelt prisen i 2011 for fremragende innsats på forskningsfronten og bidrag til utvikling av allmennmedisinen.

### **Andre norske priser**

Både offentlige organer, organisasjoner og foreninger gir priser for ulike formål, både forskningspriser, utdanningspriser og priser med annen bakgrunn.

*Olav Thon Stiftelsen* deler ut priser til forskere som gir fremragende undervisning av studenter innen det medisinske og naturvitenskapelige fagområde på nasjonalt nivå, og det er en forutsetning for tildelingen at studentene også stiller seg bak forslaget.

*Figur 2: Edvin Schei mottar Olav Thons undervisningspris av Olav Thon selv 5. mars 2015 i Universitetets aula i Oslo. Av statuttene fremgår det at prisen kan tildeles norske og utenlandske akademiske forskere som yter fremragende undervisning av studenter innen det matematisk-naturvitenskapelige og medisinske fagområde ved norske læresteder. Prisen er på 500.000 kroner. Foto: Terje Heiestad.*



- *Edvin Schei* ble tildelt prisen i 2015, som pioner for å introdusere praksis og profesjonsøving tidlig som integrert del av medisinstudiet i Bergen, og til utvikling av ny mentorordning for medisinstudentene (figur 2).

*Bjørn Christiansens minnepris* deles ut hvert år av Den norske psykologforening for et verdifullt bidrag i *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. *Bjørn Bjorvatn* var medforfatter på artikkelen «Forekomsten av seksuelle overgrep i et representativt befolkningsutvalg i Norge» som i 2013 fikk denne prisen.

*Anders Forsdahls minnepris* deles ut av Nasjonalt senter for distriktsmedisin. Prisen ble opprettet i 2006 til minne om professor Anders Forsdahls praktiske og akademisk virke. Den tildeles en person som over år har utrettet en markant innsats for helsetjenesten i distrikts-Norge.

- *Per Steinar Stensland* (2014) og *Steinar Hunskaar* (2016) har fått tildelt prisen (figur 3).

*Legevaktprisen* deles årlig ut av Norsk Legevaktforum til person eller legevakt som har utført et målrettet arbeid for å høyne kvalitet, kompetanse, samarbeid og miljø i legevaksarbeidet.

- *Steinar Hunskaar* ble tildelt prisen i 2007 for sitt arbeid med å opprette og lede Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin.



*Figur 3: Steinar Hunskår tildeles Anders Forsdahls minnepris for 2016 under Primærmedisinsk uke i Oslo av leder Helen Brands-torp ved Nasjonalt senter for distriktsmedisin. Prisen er et trykk av Hans Ragnar Mathisen. Anders Forsdahl (1930–2006) var første professor i allmennmedisin ved Universitetet i Tromsø. Her forsket han først og fremst på årsaker til livsstilssykdommer med utgangspunkt i lokale forhold i Finnmark. Prisen ble innstiftet i 2006. Foto: Torben Wisborg.*

*Kunnskapskommunens Forsknings- og Innovasjonspris* deles ut til en person, eller et miljø, som har gitt et fremragende bidrag til forskning og innovasjon i de kommunale helse- og omsorgstjenestene i Bergen eller bergensregionen.

- «*Giardiagruppen*» ble tildelt prisen i 2017 for sin forskning på Giardia-utbruddet. Prosjektet viser hva godt faglig samarbeid mellom ulike forskningsinstitusjoner sammen med primær- og spesialisthelsetjenestene kan oppnå og hvordan forskningsresultatene har hatt direkte nytte for å forbedre kommunens helse- og omsorgstjenester.
- *Lars Thore Fadnes* fikk prisen i 2020, for sin ledelse av INTRO-HCV prosjektet. Prosjektet har både et forskningsmessig og klinisk engasjement for marginaliserte grupper, og særlig ruspasienter.



*Figur 4: Kunnskapskommunen Helse Omsorg Vest sin forsknings- og innovasjonspris for 2020 ble tildelt professor i allmennmedisin og fastlege Lars Thore Fadnes for hans ledelse av INTRO-HCV prosjektet. Av begrunnelsen fremgår at Fadnes har både et forskningsmessig og klinisk engasjement for marginaliserte grupper, og særlig ruspasienter. Dette er en gruppe med store medisinske behov som i liten grad blir gjenstand for*

*forskning. Årets prisvinner har bidratt til å redde liv for en gruppe mennesker som er vanskelig for den kommunale helsetjenesten å nå. Derfor er det særlig positivt at årets vinner driver forskning rettet mot denne gruppen, og med et ståsted godt forankret i kommunehelsetjenesten. Bidraget som belønnes er også et resultat av et bredt samarbeid på tvers av fagfelt og miljøer. Foto: Bergen kommune.*

Prisvinner har bidratt til å redde liv for en gruppe mennesker som er vanskelig for den kommunale helsetjenesten å nå og derfor er det viktig med tverrfaglig forskning (figur 4).

«*Det nytter – prisen*» er et samarbeid mellom Sosial- og helsedirektoratet og KS. *Noklus* ble tildelt prisen i 1997.

*Utposten*, fagblad for allmenn og samfunnsmedisin, deler ut priser for beste artikkel og hederspriser. *Eivind Meland* ble i 1990 tildelt Hederspris i formidlingskonkurransen og i 1994 fikk han pris for beste artikkel.

*Sanitetskvinnenes kvinnehelseforskningspris* ble i 2017 tildelt *Kirsti Malterud* for på en fremragende måte å ha formidlet vitenskapelige resultater, arbeidsmåter og holdninger og deltatt i samfunnsdebatten med forskningsbasert argumentasjon for kvinnehelse og kvinners livsvilkår i et livsløpsperspektiv i mange år.

*Mannsforums mannspris* ble i 2018 tildelt *Eivind Meland* for hans pionerinnsats for å dokumentere og synliggjøre den store positive betydningen av barns fortsatt kontakt og samvær med far etter samlivsbrudd.

### Utenlandske priser

Fra *Magda og Svend Aage Friederichs mindelegat* i Danmark deles det hvert annet år ut en nordisk pris som påskjønnelse for utført innsats og i forventning om ytterligere innsats innen forskning og fagutvikling i allmennmedisin. Tre forskere ved FAM har mottatt denne prisen.

- *Kirsti Malterud* (1996) for sin store innsats i allmennmedisinsk forskning.
- *Steinar Hunskår* (2001) for sin betydning for forskning, formidling og fagutvikling innen akademisk allmennmedisin i Norge og internasjonalt.
- *Guri Rørtveit* (2019) som internasjonal forsker som har produsert forskning av høy kvalitet til allmennmedisin, og for sitt arbeid med *Praksisnett* (figur 5).

*Scandinavian Journal of Primary Health Care*, et internasjonalt fagfelleurdert tidsskrift for allmennmedisinsk forskning, utpeker hvert år årets beste artikkel. *Stein Nilsen* og *Kirsti Malterud* ble tildelt prisen for 2017 for sin artikkel «What happens when the doctor denies a patient's request? A qualitative interview study among general practitioners in Norway».

*Ig-nobelprisen* er en internasjonalt anerkjent og berømt pris som tildeles for uvanlig, morsom, oppfinnsom og eventuelt unyttig forskning. En av de



*Figur 5: Den danske prisen Magda og Svend Aage Friederichs mindelegat deles ut hvert annet år som påskjønnelse og en anerkjennelse av forskning på høyt nivå i allmenntidrett. Det er en tradisjon at prisen deles ut på Nordic Congress of General Practice (NCGP) konferansen. Her fra prisutdelingen i Ålborg i 2019. Prisen er på DKK 100 000. Prisvinneren sammen med legatkomiteen. Fra venstre Niels Bentzen (Odense og professor emeritus NTNU), prisvinner Guri Rørtveit, Jens Søndergaard (professor i allmenntidrett, Syddansk Universitet Odense) og Susanne Reventlow (professor i allmenntidrett ved Københavns Universitet). Foto: Knut Arne Wensaas.*

mest originale studiene som har vært utført i norsk medisin og som virkelig satte Norge på verdenskartet er utført av to forskere fra FAM i Bergen, *Hogne Sandvik* og *Anders Barheim*, noe som ga dem prisen i 1996 (figur 6). Studien ble publisert både i *BMJ* og i *Tidsskriftet* i 1994, og er ikke blitt glemt med årene. Artikkelen tittel i *Tidsskriftet* var «Beskytter hvitløk mot vampyrer? En eksperimentell studie».

### **Andre utmerkelser**

Til slutt har vi samlet noen andre ulike æresmedlemskap og hedersbetegnelser:

- *Sigurd Humerfelt* ble utnevnt til Ridder av 1. klasse av St. Olavs Orden i 1982.



## Effect of ale, garlic, and soured cream on the appetite of leeches

Anders Baerheim, Hogne Sandvik

The medicinal leech has regained some of its lost popularity by its present use in microsurgery. Sometimes, however, the leeches refuse to cooperate properly. To overcome this problem doctors in the 19th century used to immerse leeches in strong beer before applying them to the patient.<sup>1</sup> In the 1920s a deaconess experienced that a little soured cream on the skin would encourage the leeches' feeding behaviour,<sup>2</sup> and we recently found that they seem to be attracted by garlic.<sup>3</sup> We designed a study to evaluate the effect of these remedies.

### Materials, methods, and results

Six leeches were dipped briefly in one of two different types of beer (Guinness stout or Hansa bock) or in water (control) before being placed on the forearm of one of us (HS). We measured the time from when the leech touched the skin until HS felt it bite. Each leech was exposed three times to each liquid in random order. As serotonin is known to control the feeding behaviour of the leech,<sup>4</sup> we also measured the serotonin content of both beers by high pressure liquid chromatography.

Six other leeches were then placed on the same author's forearms without being dipped in beer or water. The left forearm was either not prepared or smeared with soured cream. The right forearm was smeared with garlic. The leeches were placed on the differently prepared arms in random order. We planned to place each leech on each arm seven times, but because of adverse effects only two leeches were exposed to garlic. The four remaining leeches completed the study as planned with the other preparations.

We analysed the median time from application to biting. Some leeches did not bite within the predefined time limit of 300 s, but as the study was run according to the intention to bite principle, these incidences were registered with a time interval of 301 s in the statistical analysis (paired Wilcoxon test).

After exposure to beer some of the leeches changed behaviour, swaying their forebodies, losing grip, or

falling on their backs. Leeches dipped in Guinness bit after 187 s, those dipped in Hansa after 136 s, and controls after 92 s (table). The serotonin content was low and similar for the two beers (0.1 µg/ml).

Two leeches placed on the forearm smeared with garlic started to wriggle and crawl without assuming the sucking position. They were placed in water, but their condition deteriorated. When placed on a bare arm they tried to initiate feeding but did not manage to coordinate the process. Both died 2½ hours after the exposure to garlic. For ethical reasons the garlic arm was abandoned at this point.

Leeches exposed to soured cream sucked frantically on the wall of their container after they had been on the arm. While on the arm smeared with cream, however, they bit no sooner than the controls (table).

*Leeches' willingness to bite after being exposed to beer, garlic, and soured cream*

Type of exposure	No of leeches	No of exposures for each leech	Time from application to biting (seconds)	
			Median	Range
Guinness stout	6	3	187*	38-301
Hansa bock	6	3	136	3-301
Water	6	3	92	7-301
Garlic	2	1	1	1
Soured cream	4	7	25	2-301
Bare arm	4	7	34	2-301

\*P<0.06 compared with control (water). †Due to the lethal effect of garlic, the leeches were unable to initiate feeding.

### Comment

Exposure to beer tended to disrupt the leeches' normal behaviour and made them erratic. However, the most interesting effect was that of direct exposure to garlic. Ingested garlic has been reported to be lethal to some animals,<sup>5</sup> but we believe this to be the first study showing garlic to be lethal by skin absorption. Garlic has a definite force of attraction on leeches,<sup>3</sup> but further research into this fatal attraction will require in depth qualitative methods.

The alleged effect of soured cream may have been an extrapolation of the deaconess's own preferences, an example of the placebo effect. An inert substance in the hands of the believer may work well, even on leeches. This study provides a reminder of how medical beliefs can stand uncontradicted for decades. We should never forget the necessity of critical research on commonly accepted medical truths.

We thank Ole Helland, Hansa Brewery, Bergen, for supplying sufficient amounts of their precious liquid to satisfy the needs of all participants of the study. We are also greatly indebted to professor Ole Jacob Broch, Division for Pharmacology, University of Bergen, for analysing the ales for serotonin. The leeches are by all accounts grateful to Hogne Sandvik for supplying his own precious liquid, but in any event we wish to express our appreciation for their enthusiasm.

Division for General Practice, University of Bergen, Ulrikdals 8C, N-5009 Bergen, Norway  
Anders Baerheim, senior lecturer  
Hogne Sandvik, research fellow

Correspondence to: Dr Baerheim.

BMJ 1994;309:1689



*A leech at work on an unembellished arm*

BMJ VOLUME 309 24-31 DECEMBER 1994

1689

*Figur 6: Hogne Sandvik og Anders Baerheims artikkel i BMJ som ga dem Ig-nobelprisen i 1996. Iglene ble valgt som forsøksdyr da vampyrer var vanskelig å få tak i, og nok også har et sterkere etisk vern. Overraskende fant forskerne at iglene ble tiltrukket av hvitløk og at det tok kortere tid for de bet en arm som var smurt inn i hvitløk, enn en kontrollarm. I et smittevernperspektiv mente de i den norske utgaven av artikkelen at hvitløk derfor burde fjernes fra det norske kostholdet. Prisutdelingen organiseres av tidsskriftet Annals of Improbable Research og er en parodi på de ekte Nobelprisene. Ig Nobel er et ordspill på det engelske ignoble som betyr uedel. Prisen deles ut årlig ved Harvard University av blant annet virkelige Nobelprisvinnere.*

- *Steinar Hunskår* ble i 2008 tildelt den polske Statue of Hippocrates, for sine samarbeidsprosjekt med polsk allmennmedisin og Universitetet i Wroclaw. Han ble i 2014 også æresmedlem i EUREKA!, studentforeningen for forskerlinjestudentene ved Det medisinske fakultet.
- *Sverre Sandberg* har fått en rekke internasjonale utmerkelser for sitt arbeid innen sitt forskningsfelt klinisk kjemi og laboratoriemedisin: Westgaard Quality Award (Antwerpen 2005), Jendrassik Award (Budapest 2008), Adam Uldall Award (EQALM, Bergen 2015), Association of Clinical Biochemistry (UK) International Award (2016), Professor Doctor Alberto Aguiar Lecture Award (Aveiro, Portugal 2016) og The EFLM (European Federation of Laboratory Medicine) award for Scientific Achievements in Laboratory Medicine (München 2021).

## Litteratur

- Baerheim A, Sandvik H. Effect of ale, garlic, and soured cream on the appetite of leeches. *BMJ* 1994; 309: 1689.
- Flatval M, Malterud K. Helsefremmende erfaringer hos lesbiske. *Tidsskr Nor Legeforen* 2009; 129: 2476-8.
- Malterud K, Nessa J, Stensland J, Thesen J (red.). *Legekunst i praksis*. Oslo, Universitetsforlaget, 2006.
- Malterud K. Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *Lancet* 2001; 358: 483-8.
- Nilsen S, Malterud K. What happens when the doctor denies a patient's request? A qualitative interview study among general practitioners in Norway. *Scand J Prim Health Care* 2017; 35: 201-7.
- Rortveit G, Daltveit AK, Hannestad YS, Hunskaar S. Urinary incontinence after vaginal delivery or cesarean section. *N Engl J Med* 2003; 348: 900-7.
- Sandvik H, Baerheim A. Beskytter hvitløk mot vampyrer? En eksperimentell studie. *Tidsskr Nor Laegeforen* 1994; 114: 3583-6.
- Schei E. *Hva er medisin*. Oslo, Universitetsforlaget, 2007.
- Steine I, Milde A, Bjorvatn B, Grønli J, Nordhus I, Mrdalj J, Pallesen S. Forekomsten av seksuelle overgrep i et representativt befolkningsutvalg i Norge. *Tidsskr Norsk Psykologforen* 2012; 49: 950-95.

# 11. Faglige knoppskytinger og allmennmedisinsk institusjonsbygging i Bergen

*Michael 2022; 19: Supplement 29, 322–4.*

*I denne delen av boken skal vi omtale viktige faglige knoppskytinger med utgangspunkt i det allmennmedisinske universitetsmiljøet ved Universitetet i Bergen. Slike faglige avleggere kan være av ulikt format og med ulike formål. Noen er store institusjoner med mange ansatte, noen har preg av prosjekter med et mer kortsiktig liv, og noen er tiltak av mer ideologisk eller foreningsaktig natur. Bergensmiljøet har vært særdeles vellykket i sin satsing på slike avleggere. Alle har hatt utgangspunkt i en eller flere personer som har fått en idé, som har sett et behov eller som har vært villig til å kjempe en lokaliseringskamp for et vedtatt tiltak til fordel for Bergen.*

*Følgende tiltak blir omtalt:*

- Allmennmedisinsk Forskning Ryfylke – AFR (1990–1992)
- Norsk kvalitetsforbedring av laboratorieundersøkelser – Noklus (1992)
- Kompetansesenter for kliniske ferdigheter hos praktiserende leger (1994–1998)
- Eyr (1996–2017)
- Filosofisk poliklinikk (1998)
- Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin – NKLM (2005)
- Allmennmedisinsk forskningsenhet – AFE Bergen (2006)
- Senter for kvalitet i legetjenester – SKIL (2015)
- Praksisnett (2017)

De allmennmedisinske instituttmiljøene tilhører utdanningssektoren, og har i Norge sine største oppgaver innen grunnutdanningen av leger. Selv om enkelte miljøer er forskningsmessig sterke, noen på høyt internasjonalt nivå, er de gjennomgående små og lite preget av større forskningsgrupper

eller temagrupper som kan arbeide konsentrert med oppgaver over tid. På 1970- og 1980-tallet var oppgaven i det hele tatt å få opprettet allmennmedisinske institutter, og universitetenes prioriteringer har gjort at faget har måtte klare seg med et fåtall stillinger, som stort sett ble begrunnet med undervisningsoppgavene. Det har vært vanskelig å få finansiert viktig utviklingsarbeid prioritert fra faget selv, som for eksempel handlingsprogrammer eller beslutningsstøtte, eller grupper som kunne arbeide med fagutvikling på enkeltområder av faget over tid.

### **Allmennpraksis mangler institusjoner**

I 1985 skrev Eskerud, Fugelli og Haug fra Bergen om de allmennmedisinske instituttene oppgaver. Undervisning, forskning og fagutvikling ble understreket, og det trengtes betydelige ressurser dersom de optimistiske planene skulle kunne gjennomføres. Universitetsinstituttene måtte bli store! Men det ble de aldri, hverken i Bergen eller andre steder.

Utfordringen for allmennmedisinen er ikke å akseptere eller å klare seg med relativt sett mindre forskning, utviklingsarbeid eller kvalitetsforbedring enn sykehusene, men det må utvikles andre modeller for finansiering som sikrer slik aktivitet. Da trenger sektoren strukturer og organer for å kanalisere virksomheten. For denne typen virksomhet må det enten bygges regionale strukturer eller lages ordninger på nasjonalt nivå. Norsk allmennmedisin har manglet «institusjoner» som selv har tilstrekkelig styrke til å drive forskning og utviklingsarbeid over tid. Bortsett fra Noklus, som ble opprettet i 1992, er det først etter årtusenskiftet at allmennmedisinen har klart å etablere slike institusjoner. I Bergen er NKLM og AFE eksempler på slike større og varige satsinger.

I dag består Bergensmiljøets faglige og forskningsmessige kraft av mye mer en universitetsmiljøet. Tvert imot er «randsonen» samlet sett vesentlig større enn morinstitusjonen. Dette har gitt Bergensmiljøet stor avkastning, og har sikret levedyktige kjernemiljøer, høy forskningsproduksjon og mange doktorgrader, karrieremuligheter og bredde i allmennmedisinske temaer. Men aktiviteten er også til stor glede og nytte for allmennmedisinen i hele Norge.

Vi har valgt også å omtale EYR og Filosofisk poliklinikk i denne delen av boken. Dette er eksempler på tiltak med ganske ulike formål, men med stor innvirkning lokalt og nasjonalt. Og så har vi med et par eksempler på det som tok slutt av finansielle grunner.

## Litteratur

- Eskerud JR, Haug, K. De almenmedisinske institutter--primærlegens syn og ønsker. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1985; 105: 1337-8.
- Fugelli, P. Instituttens plass i det almenmedisinske landskap. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1985; 105: 1333-6.
- Hunskår S, Røttingen J-A. Utfordringer for fagutvikling og forskning i allmenmedisin. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124: 2637-9.

## 11.1 Allmennmedisinsk Forskning Ryfylke (AFR) (1990–1992)

*Michael 2022; 19: Supplement 29, 325–30.*

*Mange allmennleger i Ryfylke fungerte som praksisveiledere i allmennmedisin og tok imot studenter i utplassering på slutten av 1980-tallet. Flere av dem tok også kontakt med instituttet for støtte til ulike ideer innen fagutvikling og forskning. Instituttet, på sin side, hadde en uttalt målsetting om å fremme praksisnær klinisk forskning i regionen. Allmennmedisinsk Forskning Ryfylke (AFR) ble opprettet i 1990 som et toårig prøveprosjekt i samarbeid mellom Hjelmeland kommune og Universitetet i Bergen. AFR skulle være en forbindelseslinje for forskning og undervisning mellom hverdagsmedisinsk virksomhet i Ryfylke og akademisk allmennmedisin ved UiB.*

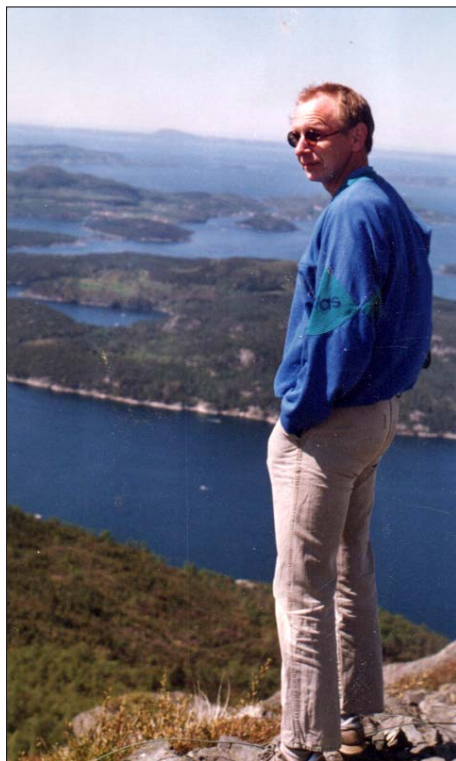
Fra midten av 1980-tallet var allmennmedisinsk forskning inne i en løfterik utvikling i Norge. Satsingstiltak som korttidsstipend (AFU-stipend) og kvalitetssikringsfond fra Legeforeningen samt et eget forskningsprogram for allmennmedisin fra Norges allmennvitenskapelige forskningsråd bidro til rekruttering og kvalitetssikring av forskning. Det var etablert institutter for allmenn- eller samfunnsmedisin ved alle de fire medisinske fakultetene. Ved instituttet i Bergen var det en uttalt målsetting å fremme praksisnær klinisk forskning. Utgangspunktet var at allmennmedisinsk forskning trenger nærhet til praksis for å bevare bakkekontakten i undervisning og forskning, samtidig som allmennmedisinsk praksis trenger nærhet til det akademiske miljøet for å drive utredning, praksisevaluering og kritisk vitenskapelig tenkemåte. Kombinasjonen av teori og praksis skulle bidra til hverdagsnær studentundervisning, reise relevante problemstillinger for forskning og fungere som stimulerende vaksinasjon mot utbrenthet og faglig isolering for allmennlegene.

## Faginteresserte allmennleger i Ryfylke

På begynnelsen av 1990-tallet var primærhelsetjenesten i Ryfylke preget av stedstilhørighet og stabilitet. Mange allmennleger kom selv fra området, og de fleste hadde vært lenge i sine praksiser. Fra midten av 1980-tallet hadde John Nessa i Hjelmeland (figur 1) en tilknytning til Institutt for allmennmedisin i Bergen, først som hjelpelærer og etter hvert som doktorgradsstipendiat med veiledning fra Kirsti Malterud.

Allmennlegene i regionen hadde lenge hatt to organiserte samlingspunkter (Ryfylke legeguppe og Indre Ryfylke legeguppe), der flere av deltakerne var engasjert i fagutviklings- og prosjektarbeid. De fleste av allmennlegene i Ryfylke fungerte som praksislærere ved UiB og tok imot studenter i utplasing i allmennpraksis i femte studieår. Fire av praksislærerne hadde dessuten deltatt som gruppeledere ved UiBs kurs i klinisk kommunikasjon for studentene i tredje studieår, med Nessa som en sentral ressursperson. Gruppelederne dannet en samarbeidsgruppe for å utvikle det faglige grunnlaget for arbeidet med kommunikasjonskurset. I tillegg hadde flere allmennleger kontaktet instituttet i Bergen med ulike prosjektideer.

*Figur 1: John Nessa var kommunelege i Hjelmeland og sauebonde på Bratthetland i Fister der han vokste opp. Han har alltid vært fascinert av samhandlingen mellom allmennlegen og pasienten, spesielt de kommunikative aspektene. I sitt doktorgradsprosjekt «Språkleg og nær-språkleg samhandling i allmennmedisin» gjorde han teori og metode fra språkfilosofi, litteraturvitenskap og vitenskapsteori relevant for utvikling av ny allmennmedisinsk kunnskap med forskning på sentrale kliniske problemstillinger. I alle år har Nessa også vært en sentral nøkkelperson for fagutvikling, kvalitetsarbeid og kollegialt fellesskap blant allmennlegene i Ryfylke. Dette ble utgangspunktet for etablering av Allmennmedisinsk Forsking Ryfylke, med en profil der et mangfold av praksisnære prosjekter og ideer fikk inspirasjon og støtte. Foto: Kirsti Malterud, 1989.*



I dette miljøet utviklet det seg grunnlag og behov for et organisert lokalt samlingspunkt omkring felles interesser for allmennmedisinsk teori og praksis. Nessa tok initiativ til kontakt med Hjelmeland kommune, som viste seg svært imøtekommende når det gjaldt tilrettelegging av rammebetingelser og infrastruktur, som blant annet ga adgang for kolleger fra andre kommuner til å søke og innhente vitenskapelig litteratur. Med utgangspunkt i det eksisterende samarbeidet mellom Nessa og Malterud, stilte instituttet kompetanse og veiledningsressurser til rådighet.

### **Avtale mellom UiB og Hjelmeland kommune**

Allmennmedisinsk Forskning Ryfylke (AFR) ble deretter opprettet i 1990 som et toårig prøveprosjekt i et samarbeid mellom Hjelmeland kommune og Universitetet i Bergen. En formell avtale ble undertegnet 12. juni 1990 mellom Hjelmeland kommune (ordfører Håkon Helgøy) og UiB (instituttstyrer Steinar Hunskaar og forskningsdirektør Kristen Haugland).

AFR ble ledet av en styringsgruppe der begge parter var representert – Hjelmeland kommune ved helse- og sosialsjef Oliver Hausberg og pleie- og omsorgsleder Kristian Hausken, og instituttet ved Nessa og Malterud.



*Figur 2: Fra AFRs åpningsseminar «Fra ide til prosjekt I» i Hjelmeland 11. mai 1990. Fra venstre: John Nessa, Kirsti Malterud og Håkon Helgøy (ordfører i Hjelmeland). Foto: Bygdaposten for Hjelmeland*

Formålet med tiltaket var å fremme kvalitetsutvikling i primærhelsetjenesten i regionen ved å stimulere til systematisk faglig selvrefleksjon i allmennpraksis, bygge opp en fagkultur med vitenskapelig tenkemåte som grunnlag og stimulere til initiering, koordinering og kvalitetssikring av større og mindre lokale forskningsprosjekt. AFR skulle være en forbindelseslinje mellom hverdagsmedisinsk virksomhet og akademisk allmennmedisin ved å levere impulser og korrektiv angående forskning og undervisningen i allmennmedisin ved UiB (figur 2).

Hjelmeland kommune stilte lokaler og kontorteknisk bistand til rådighet, og instituttet bidro med vitenskapelige ressurser i form av veiledning



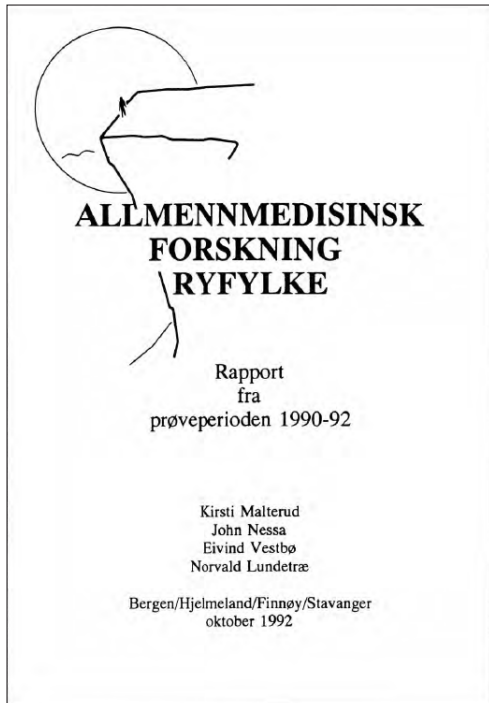
og undervisning. AFR ble drevet som en lavkostnadsvirksomhet. I prøveperioden bevilget Hjelmeland kommune 15.000 kroner til drift, og Legeforeningen bevilget 20.000 kroner til instituttet for formålet. Helselaget i Hjelmeland bevilget midler til innkjøp av en pc til AFR.

## Stor faglig aktivitet

### *Prosjektarbeid, fordypningstema og veiledning*

Rapporten fra prøveperioden 1990–92 forteller at AFR fungerte som katalysator for en rekke ulike prosjekter (figur 3). Mange var innen fagutvikling og forskning, med 12 pågående prosjekter, hvorav flere resulterte i ulike typer av publikasjoner (se eksempler nedenfor). Det var også ulike fordypningstemaer (Ti tema med kompetanseutvikling og formidling).

Kvalitetssikring av små og store prosjekter i form av vitenskapelige veiledning var høyt prioritert. Malterud hadde hovedansvar for veiledning, med faste veiledningsdager på Hjelmeland helsesenter 1–2 ganger per halvår, supplert med enkelte veiledningsmøter i Stavanger og Bergen. Allmennlege Egil H. Lehmann i Haugesund var statistisk rådgiver i flere prosjekter. Leger fra regionen deltok i studentundervisningen i Bergen.



*Figur 3: Forsiden av sluttrapporten for AFR fra 1992. Prøveprosjektet ble evaluert og vurdert som vellykket. Spesielt demonstrerte prøveperioden det faglige vekstpotensialet i virksomheten «Tematisk fordypning». Denne virksomheten, som engasjerte mange kolleger i faglige aktiviteter, ville i liten grad vært synlig ut fra tradisjonelle akademiske kriterier som publikasjoner og merittering. Noen av temaene utviklet seg til videreføring i form av mer forpliktende prosjektarbeid, men i mange tilfelle ville det vært direkte galt å regne dette som et mål. Tegning: Olav Thorsen.*

### *Kurs og seminarer*

I tillegg til prosjektarbeid innen forskning og fagutvikling ble det arrangert en rekke kurs og seminarer:

- *Fra ide til prosjekt I+II+III.* Dette var innføringsseminarer om forskning i allmennpraksis beregnet på leger uten forskningserfaring og uten krav til videre forskningsinnsats. Seminarene hadde 12–25 deltakere og tok utgangspunkt i deltakernes egne prosjekter. Målgruppen var allmennleger i Ryfylke, men seminarene hadde også gjester fra andre faggrupper og andre deler av Rogaland.
- *Kvalitative metoder i nordisk allmennmedisinsk forskning.* Dette var et avansert forskerkurs med bred nordisk deltakelse, arrangert i Hjelmeland av AFR i samarbeid med Nordisk arbeidsgruppe for kvalitativ forskning i allmennmedisin. Seminaret hadde 16 deltakere og ble finansiert av forskerutdanningsmidler fra Nordisk Råd.
- *Lokalsamfunnspsykiatri i primærhelsetjenesten.* Dette var et tverrfaglig dagsseminar i Hjelmeland for 40 helse- og sosialarbeidere i kommunehelsetjenesten.
- *Allmennmedisinsk forskning.* Dette var et dagsseminar i Stavanger med 12 deltakere om forskningsmetode og planlegging. Seminaret omfattet også grunnlagsarbeid og datainnsamling for prosjektet «En modell for kvalitetssikring av konsultasjonen ved hjelp av tilbakemelding fra pasienten» (Jøssang, 1995).
- *Oppstartseminar – Lokus-prosjektet.* Dette var et arbeidsseminar for metodegruppen i det samfunnsmedisinske Lokusprosjektet, arrangert på Finnøy i samarbeid med AFR.
- *Interaksjonskurs.* I samarbeid med høyskolelektor Finn Egil Tønnesen ved Stavanger lærarhøgskule etablerte AFR en gruppe bestående av 8–10 allmennleger som i løpet av ett år gjennomførte seks møter av tre timers varighet. Formålet var å skape samarbeidsklima for systematisering av mellommenneskelige erfaringer fra legearbeid og knytte disse opp mot refleksjon og teori fra filosofi og etikk.

Samtlige seminarer ble søkt godkjent med tellende kurs timer til spesialiteten i allmennmedisin, og Legeforeningens Fond II finansierte dermed kursdeltakernes utgifter.

### **God evaluering, men ingen videreføring**

Aktivitetene ga inspirasjon, kvalitet og bredde til allmennmedisinsk arbeid i regionen gjennom mange år (figur 3). AFR ble foreslått som permanent tiltak administrert av Ryfylkerådet, styrt av et fagråd som i 1992 besto av

Eivind Vestbø (leder), Norvald Lundetræ, Nessa og Malterud. Det lyktes imidlertid ikke å skaffe finansiering til videreføring, og den organiserte faglige virksomheten ble derfor gradvis trappet ned og avsluttet. AFR har imidlertid gitt rike faglige renter, og regionen har fortsatt et sterkt fagmiljø.

## Litteratur

- Malterud K. Forskning og fagutvikling utenfor allfarvei. Allmennmedisinsk Forskning Ryfylke. *Utposten*; 1990; 19 (7): 268-9.
- Malterud K, Nessa J, Vestbø E, Lundetræ N. *Allmennmedisinsk Forskning Ryfylke – Rapport fra prøveperioden 1990–92*. Bergen: Universitetet i Bergen/Institutt for samfunnsmedisinske fag, 1992.
- Stenklev NC. Pilotprosjekt i allmennmedisinsk forskning. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1990; 110: 1736.
- Vestbø E. Gode vekstvilkår for allmennmedisinsk forskning. *Utposten* 1990; 19 (8): 312-313.

## Litteratur II: Eksempler på publikasjoner fra ulike AFR-prosjekter

- Bråtveit A, Malterud K. Nedre luftvegsinfeksjoner hjå eldre over 70 år i Finnøy kommune. Ei retrospektiv undersøkning av insidens, handsaming og utcome. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1992; 112: 2751-2.
- Bråtveit A. Kan forvitenskap\* føra til vitenskap? *Utposten* 1992; 21 (2); 64-5.
- Hanstad AM, Malterud K. Når mannlige pasienter foretrekker kvinnelig lege. I: *Abstracts*. Oslo: 7. Nordiske kongress i allmennmedisin, 1991: 73.
- Hausken MF. Diabetesomsorg i allmennpraksis. Sammendrag fra Nidaroskongressen 1991. *Utposten* 1992; 21 (3).
- Jøssang O, Malterud K, Lundetræ N. Bedre konsultasjoner – med pasientens hjelp. En metode for kvalitetssikring i allmennpraksis. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1995; 115: 3120-4.
- Lehmann EH. Legevaktkonsultasjoner. Eigenkontroll ved hjelp av anonymt spørjeskjema. *Utposten* 1990; 19 (8): 314-8.
- Nessa J, Malterud K. Discourse analysis in general practice: A sociolinguistic approach. *Fam Pract* 1990; 7: 77-83.
- Nessa J. Allmennmedisinsk teori og praksis – Interaksjon i Stavanger. *Utposten* 1992; 21: (7/8): 303.
- Nessa J. *Talk as medical work. Discourse analysis of patient-doctor communication in general practice*. Doktoravhandling. Bergen: Universitetet i Bergen, 1999.
- Vestbø E. «Tror du dette hjelper, doktor?» *Utposten* 1990; 19 (2): 52-5.

## 11.2 Noklus (1992)

*Michael 2022; 19: Supplement 29, 331–8.*

*Laboratorietilbudet er en viktig del av allmennpraksis, og det er avgjørende at kvaliteten på prøvetaking og analyser er god. Noklus – Norsk kvalitetsforbedring av laboratorieundersøkelser – arbeider for å bedre kvaliteten av laborativ virksomheten i Norge. Noklus ble etablert i 1992 av Legeforeningen, KS og Helse- og omsorgsdepartementet, men i både forhistorien og senere har det vært sterke bånd til allmennmedisinmiljøet i Bergen. I dag er Noklus en stor, ideell, landsdekkende organisasjon, med hovedkontor i Bergen ved Haraldsplass Diakonale Sykehus, men fortsatt med sterke faglige og vitenskapelige bånd til akademisk allmennmedisin. Sverre Sandberg har vært leder av Noklus siden starten, og her gir han en gjennomgang av historien, med vekt på samarbeidet med instituttmiljøet i Bergen.*

Sykehuslaboratoriene gjennomgikk en teknologisk revolusjon fra slutten av 1960-årene, med økt analyserepertoar og overgang fra manuelle til automatiserte analyser. Etter hvert dukket det opp små instrumenter som kunne utføre en rekke forskjellige analyser også på allmennlegekontorene. Tradisjonelt besto tilbudet av hemoglobin, senkning og urinmikroskopering. Men fra 1980 og utover kunne man måle blodsukker, kreatinin, kolesterol, enzymer, CRP og etter hvert gjøre svangerskapstester og andre «pasientnære analyser».

Industrien markedsførte sitt pasientnære utstyr som ikke bare enkelt, men nærmest idiotsikkert. Men både fra Norge og utlandet ble det publisert undersøkelser av analysekvaliteten i primærhelsetjenesten der resultatene var nokså skremmende. I én kontrollprøve varierte for eksempel hemoglobinresultatet i samme prøve mellom 8,3 og 13,1 g/dL, og i en annen glukose-resultatet mellom 5,2 til 14,3 mmol/L (Sandberg, 1988).

## **Fokus på laboratoriebruk i allmennpraksis og satsing i Bergen**

I 1984 ble det ved Laboratorium for klinisk biokjemi ved Haukeland sykehus opprettet en overlegestilling som skulle ha et spesielt ansvar for og sørge for bedre service overfor allmennlegene. Sverre Sandberg ble ansatt i stillingen, og i løpet av de neste årene bygget Nina Gade Christensen (bioingeniør) og han opp en ekstern kvalitetssikringsordning, i første runde for allmennpraktikere i Hordaland og i neste runde for allmennpraktikere på hele Vestlandet.

NORDKEM (Nordisk samprosjekt for klinisk kjemi) under Nordisk ministerråd startet i 1983 et prosjekt om klinisk kjemi i primærhelsetjenesten. I 1985 ble det arrangert en nordisk arbeidskonferanse, der blant annet Per Fugelli deltok sammen med Sandberg. Fugelli opptrådte som vanlig med sløyfe, og lånte også en sløyfe til Sandberg til bruk på konferansen. Siden ble bruk av sløyfe også et varemerke for Sandberg.

På bakgrunn av NORDKEM-rapporten (1986) utredet så Helsedirektoratet mulige former for kvalitetssikring av laboratoriemedisinen i primærhelsetjenesten, inkludert faglig samarbeid mellom laboratoriemedisinen og primærhelsetjenesten. Her var Sandberg med, blant annet sammen med allmennlegene Geir Thue og Frank Andersen. Rapporten (1989) ble positivt mottatt av alle høringsinstanser, men Sosialdepartementet mente at kvalitetssikringen ikke var et statlig ansvar, men måtte betales av de som sto for analysene.

I Bergen var Fugelli og Sandberg blitt kjente, og begge så et potensiale i et samarbeid om klinisk kjemi i primærhelsetjenesten. Geir Thue fikk engasjement ved Institutt for allmennmedisin i 1988, og han utarbeidet sammen med Sandberg og Fugelli flere forskningsprosjekter om laboratoriebruk i allmennpraksis. Thue fikk stipend i NAVF-programmet (se eget kapittel), og utviklet et doktorgradsprosjekt. Fugelli argumenterte sterkt for samarbeid om dette feltet og fikk overbevist fakultetet om å opprette en bistilling som professor II for Sandberg fra 1990. Dermed var det opprettet en allianse mellom allmennmedisin og klinisk kjemi som skulle få store konsekvenser både akademisk og klinisk de neste årene.

## **Noklus blir skapt og finansiert av legene selv**

Når staten ikke ville bidra, måtte andre trå til. Legeforeningen hadde hele tiden vært positiv til bestrebelsene for å etablere en kvalitetssikringsordning. Blant primærlegene var synet mer delt. Offentlige legers landsforening og NSAM var positive og hadde til dels vært støttespillere i prosessen, men deler av Allmennpraktiserende legers forening (APLF) var negative til kontroll, innsyn og mulige ekstrautgifter. Sosialdepartementet gikk så langt som

å foreslå å redusere takstrefusjon for tørrkjemiske analyser på legekantorene på grunn av dårlig kvalitet. Legeforeningen svarte at de heller kunne tenke seg en fondsavsetning til å finansiere et kvalitetssikringsopplegg for analysevirksomheten. APLF, ved dets leder Håkon Ebbing, ble en pådriver for dette, og under forhandlingene om ny Normaltariff mellom Legeforeningen og Staten/KS våren 1991 ble det vedtatt at 15 millioner kroner ble avsatt til et fond for kvalitetssikring av legetjenester utenfor sykehus. Det ble utarbeidet avtaler og fondsvedtekter, og tidlig i 1992 ble det opprettet styre og faggruppe. I faggruppen satt blant andre Sandberg og Thue, og i løpet av få måneder ble det utarbeidet retningslinjer og lagt føringer for svært mye av det som ble Noklus' fremtidige virksomhet.

### *Etablering etter nasjonal konkurranse om et senter for kvalitetssikring*

Et viktig spørsmål var hvem som skulle få oppgaven å etablere et senter for kvalitetssikringen av laboratoriene utenfor sykehus. Faggruppen besluttet å lyse ut en konkurranse om å få ansvar for senteret. Sandberg forteller:

*«Jeg var om bord i båten på vei til Eivindvik da det plutselig slo meg: Selvfølgelig må vi søke om å få senteret lagt til Bergen. Da jeg kom tilbake, snakket jeg litt med Nina (Gade Christensen), og neste dag lå det en lapp på pulten min: Vil vi virkelig dette?»*

Vi ville det, og gikk i gang med å lage en søknad med støtte fra Seksjon for allmennmedisin og Laboratorium for klinisk biokjemi på Haukeland. Søknaden la stor vekt på den allmennmedisinske delen, fordi det nettopp var blitt ansatt en bioingeniør som leder på Laboratorium for klinisk biokjemi på Haukeland, og dette var noe Legeforeningen ikke likte.

Det kom søknader fra Bergen, Trondheim, Oslo, Haugesund og Først. Ved første avstemming var det Trondheim, Oslo og Bergen som fikk flest stemmer med Bergen litt foran. I neste runde ble Bergen ved Seksjon for allmennmedisin ved Institutt for samfunnsmedisinske fag valgt.

### *Organisasjonens utvikling*

*Norsk senter for kvalitetssikring av laboratorieanalyser utenfor sykehus* (Noklus) ble etablert 1. september 1992. Sandberg ble leder og Nina Gade Christensen daglig leder. Allerede samme høst kom man i gang med første utsendelse, en hemoglobinkontroll som gikk til 835 legekantorer. I 1997 ble Sverre Sandberg formelt ansatt som leder av hele ordningen og er det også i 2022 (figur 1). I 2002 fikk hele ordningen navnet Noklus som da stod for *Norsk kvalitetsforbedring av laboratorieundersøkelser utenfor sykehus*. I 2017 ble stiftelsen Norsk klinisk kjemisk kvalitetssikring (NKK) som drev med kvalitetssikring av laborativirksomhet i spesialisthelsetjenesten innlemmet

*Figur 1: Sverre Sandberg har vært leder for Noklus siden starten. Her fotografert foran poster om SKUP på Noklus sin landskonferanse i Trondheim i september 2001. I perioden 1990–2020 var Sandberg professor II i bistillingen knyttet til instituttet. Fra 2020 fortsetter Sandberg som professor emeritus. Han har vært hovedveileder for hele 14 doktoravhandlinger utgått fra Noklus og det allmennmedisinske miljøet. Foto: Steinar Holmeset.*



i Noklus og forkortelsen Noklus står nå for *Norsk kvalitetsforbedring av medisinske laboratorieundersøkelser* og organisasjonen omfatter all medisinsk laboratorievirksomhet i Norge.

I 1997 ble *Skandinavisk utprøving av laboratorieutstyr for pasientnær analyse* (SKUP) etablert som er samarbeid mellom de skandinaviske landene, der Noklus har leder og sekretariat. Skup gjennomfører uavhengige utprøvinger der spesielt kvaliteten av utstyret hos de som skal bruke det blir vektlagt. Under koronapandemien er det blitt undersøkt mange antistoff og antigen hurtigtester. I 2006 fikk Noklus ansvaret for å opprette og drive *Norsk diabetesregister for voksne*, et medisinsk kvalitetsregister som nå har mer enn 90 000 personer registrert. I 2008 startet Noklus et program for personer som skal analysere INR og dosere Marevan selv.

Noklus har i dag ansatte ved medisinsk-biokjemiske avdelinger i 23 ulike helseforetak. Disse skal drive opplæring og veiledning av Noklus sine deltakere i primærhelsetjenesten. Det blir arrangert mange kurs for leger og medarbeidere. På Vestlandet arrangeres blant annet «Solstrandkurset», et populært kurs for leger og medarbeidere som arrangeres to ganger med samme innhold annethvert år på grunn av mange påmeldte deltakere. Kurset er et populært faglig og sosialt arrangement, der ofte alle leger og medarbeidere ved et legekontor reiser sammen (figur 2).

Noklus har i 2021 ca. 120 ansatte, derav 40 på hovedkontoret i Bergen, og ca. 80 fordelt på 23 ulike helseforetak. Det er ca. 3600 deltakere (lege-



*Figur 2: Fra Solstrandkurset høsten 2021. Professor i indremedisin ved UiB Eystein Husebye underviser allmennleger og medarbeidere om laboratorieundersøkelser ved hormonsykdommer. Foto: Noklus.*

kontor, sykehjem, hjemmetjeneste, oljeplattformer, sykehusavdelinger med mer). Noklus har årlig over 5000 deltakere på fysiske kurs, mesteparten for primærhelsetjenesten, men også for spesialisthelsetjenesten, det utføres ca. 1200 fysiske besøk hos enkelt deltakere i primærhelsetjenesten, og gjennomføres over 25 000 e-læringskurs. Fra hovedkontoret i Bergen er det årlig over 50 utsendelser av eksternt kvalitetskontrollmateriale. I tillegg videreformidles flere hundre kontrollprogram til norske sykehus avdelinger. Noklus har i 2021 et budsjett på 98 millioner kroner.

Noklus Senter – senere Hovedkontor – ble i utgangspunktet organisert under SEFOS/UNIFOB, UiB sin organisasjon for eksternt finansierte prosjekter. De ansatte var lokalisert først på Haukeland sykehus, og fra 1995 på Haraldsplass Diakonale Sykehus, nær Seksjon for allmennmedisin. I 2006 ville UNIFOB øke «overhead» så mye at Noklus måtte ha redusert antall ansatte for å kunne betale. Det ble da bestemt å skifte arbeidsgiver og etter noe frem og tilbake ble det en «virksomhetsoverdragelse» der Haraldsplass Diakonale Sykehus tok på seg denne oppgaven.

Noklus har en unik funksjon i grenseflaten mellom allmennmedisin og laboratoriemedisin, og organisasjonen har fått bred internasjonal anerkjennelse og er blitt et forbilde for tilsvarende organisasjoner i mange land. I en artikkel fra 2021 der organisering av laboratoriearbeidet i primærhelsetjenesten i fire ulike land blir sammenliknet, kommer Norge og Noklus ut som den klart beste (Lingervelder, 2021). Noklusansatte har og har hatt



mange internasjonale verv, fått mange priser og blir invitert til å holde foredrag rundt omkring i verden. Det kan nevnes at Sandberg og Anne V. Stavelin begge vært presidenter i European organisation for external quality assurance providers in laboratory medicine (EQALM). Sandberg har også vært president i the European Federation of Laboratory Medicine and Clinical Chemistry (EFLM). Ansatte i Noklus er ledere og medlemmer i mange ulike arbeidsgrupper i de internasjonale laboratorieorganisasjonene EFLM og IFCC.

Nærmere detaljer om Noklus sin virksomhet kan finnes på [www.noklus.no](http://www.noklus.no) og mer om Noklus' historie finnes i jubileumboken fra 2012 og i en kommende i 2022.

## Noklus og instituttet

Noklus hadde i utgangspunktet et tett forhold til Seksjon for allmennmedisin (SAM), formelt, faglig og sosialt. Noklus' første logo viste til SAM, faglig ansatte ved Noklus deltok på SAMs fag- og forskningsmøter, det var

# Praktiker og forsker

Grasrotlege og forsker:  
Geir Thue  
tar doktorgrad på utstyr  
og instrumenter  
i legenes laboratorier

KJARTAN RØDLAND

Han har ikke billett til cupfinalen i lommen når han stiger ned av talerstolen i Store Auditorium på Haukeland Sykehus og kan kalle seg de med. For Geir Thue er ikke av de Thue-ene som skal fyre opp den bergenske lokalpatriotisme i det dobbelte møte med trønderne.

Det er politiet som er hans bakgrunn, faren Hans Thue var den legendariske mordetterforsker som lot seg pensjonere noen dager etter at han hadde løst en av de mest oppsiktsvekkende drapsaker i etterkrigsårene i Bergen.

Der faren var etterforsker, ble altså sønnen forsker.

Fredag 20. oktober er det tid for disputas om Geir Thues avhandling som tar for seg utstyr, analysekvalitet og tolkning av prøvesvar i legens laboratorier. I dag er det prøveforelesning (kl. 14.15, Store Auditorium, Haukeland), og emnet er sterkt beslektet: Laboratorieprøver brukt som screening i klinisk praksis.

### Kvalitetssikring

Geir Thue har på sitt og vis vært både leverandør og bruker i sitt forskningsarbeid. Til daglig, det vil si halvdaglig, er han knyttet til Oasen legesenter i Fyllingsdalen, og det betyr at han har den nære og direkte kontakt med pasientene, og bestiller de prøver som skal ana-

lyseres. På den annen side arbeider han også i Noklus ved Institutt for samfunnsvitenskapelige fag ved Universitetet. Bak forkortelsen finner vi en organisasjon som skal være med på å sikre kvaliteten på laboratoriearbeid ved landets legekontorer.

Det er egentlig ikke småtterier det dreier seg om: Ved de 1700 legepraksiser som vi har her i landet, utføres det laboratoriearbeid for rundt 600 millioner kroner i året.

### Resultater skal tolkes

Med et slikt omfang er det naturlig at det stilles et lett bekymret spørsmål: Blir analysekvaliteten god nok, og holder instrumentene mål?

Enda viktigere er spørsmålet om det virkelig er korrekte svar prøvene gir, og at legene både kan tolke dem og gjøre fornuftig bruk av svarene.

– Det skjer selvfølgelig en rivende utvikling av det utstyr og de instrumenter vi har til rådighet. Men det gjør meg ikke så urolig, for i de fleste tilfellene er det videreutvikling og forbedring av utstyr som vi kjenner og bruker på forhånd. Likevel er det ikke uten problemer at det brukes så mange forskjellige instrumenter, for da blir det vanskeligere å sikre god analysekvalitet. Dessuten legger jeg ikke skjul på at vi har funnet store variasjoner for eksempel i hvordan legene vurderer de svar de får på blodprosent og senkning. Variasjonene er såpass store at det er viktig at vi undersøker dette videre, sier Geir Thue, som dermed bekrefter den gode gamle regel: Å forskning avler ny forskning.

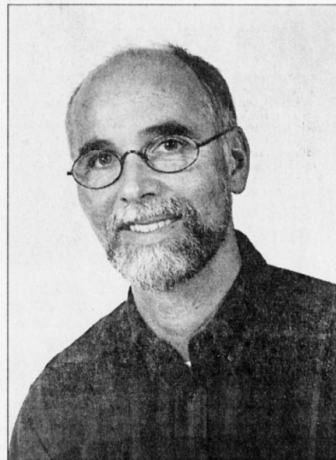
### Gode hjelpere

Men kollegene er han godt fornøyd med: Han er imponert over hvor mange som

svarte på skjemaene som ble sendt ut, og hvor grundig og omsorgsfullt de gav dem hjelpen. – Det kan jo bety at leger i praksis har vært like opptatt av denne undersøkelsen som vi var, og at våre resultater kan komme både dem og pasientene til gode, mener Thue.

Om Geir Thue ikke akkurat er noen barfotlege, så har han i hvert fall med liv og sjel tilbrakt store deler av sitt lejeliv i nærkontakt med pasienter. Han er født i 1953 i Bergen, og tok sin medisinske embetseksamen 25 år gammel ved Universitetet i Bergen. I byen som fikk det første professorat i allmennmedisin var det ikke så unaturlig at han spesialiserte seg i «spesialiteten uten spesialitet», altså allmennpraksis.

Det var stipend fra det som for noen år siden var Helse- direktoratet som satte ham i gang med forskning, og i noen år har han fordelt sin tid jevnlig mellom forskning og pasientbehandling. Det er et dobbeltliv som han har trives så godt med at han akter å fortsette med det samme nå som



PRAKSIS OG FORSKNING. Geir Thue er politisjenn og allmennpraktiker, med praksis og forskning hånd i hånd.

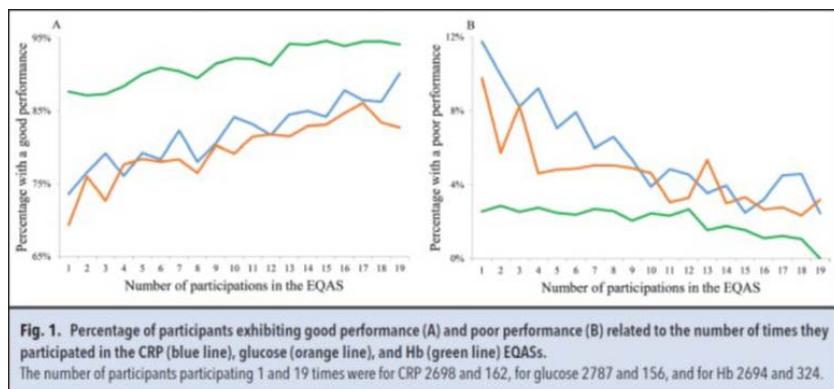
forskningsresultatene ligger klare for bruk. Men det var nå dette med hvorfor legene tolker blodprosent og senkning så forskjellig, det burde det vært forsket mer på, mener den nye doktorand. Kanskje han selv tar seg tid til det ...

Figur 3: Geir Thue disputerer på en avhandling om laboratoriet i allmennpraksis. Artikkel i Bergens Tidende 19. oktober 1995. Kilde: Nasjonalbiblioteket.

felles forskningsprosjekter og Noklus sine ansatte deltok på alle SAMs sosiale arrangementer. Kontakten ble svakere etter at instituttet flyttet til Kalfarveien 31 og Noklus ble større. Kontakten er nå økende igjen etter at IGS er flyttet til Alrek helseklynge.

I perioden 1990–2020 hadde Sandberg 20% professorat knyttet til IGS. Fra 2020 er det Mette C Tollånes, overlege ved Noklus, som har stilling som førsteamanuensis, mens Sandberg fortsetter som professor emeritus. I en lang periode var det to 20% professorater finansiert av Noklus, Per Hyltoft Petersen og Geir Thue, begge er nå avsluttet. Una Sølvik er ansatt som førsteamanuensis ved IGS, men skal drive forskning på Noklus i 50% av denne stillingen. Ca. 15 ph.d.-avhandlinger er utgått fra IGS med hovedveileder fra Noklus, den første var Geir Thue i 1995, som den femte allmenntilleggsdisputasen i Bergen (figur 3). Det har også vært veiledet et betydelig antall mastergradskandidater. Noklus bidrar med 20–25 vitenskapelige artikler årlig der forankring til IGS blir oppgitt. Mange av disse artiklene beskriver utviklingen av analysekvalitet i primærhelsetjenesten, som stadig er blitt bedre (figur 4).

Kort oppsummert må man kunne fastslå at Noklus er en lokal, nasjonal og internasjonal suksesshistorie.



Figur 4: Kvalitetsutviklingen for analyser av CRP (blå), blodsukker (oransje) og Hb (grønn). Det er en stadig økende andel med god kvalitet (venstre) og synkende andel med dårlig kvalitet (høyre) med økende antall ganger man deltar i Noklus sine utsendelser av eksternt kvalitetskontrollmateriale. Data fra Bukve (2016), gjengitt med tillatelse.

## Litteratur

- Bukve T, Stavelin A, Sandberg S. Effect of participating in a quality improvement system over time for point-of-care C-reactive protein, glucose, and hemoglobin testing. *Clin Chem* 2016; 62: 1474-81.
- Lingervelder D, Koffijberg H, Emery JD, Fennessy P, Price CP, Marwijk H van, Eide TB, Sandberg S, Cals JWL, Derksen JTM, Kusters R, IJzermanx MJ. How to realize the benefits of point-of-care testing at the general practice: A comparison of four high-income countries. *Int J Health Policy Manag* 2021; doi [10.34172/ijhpm.2021.143](https://doi.org/10.34172/ijhpm.2021.143).
- Noklus. *Laboratoriefagets ferd ut av sykehusene. Noklus' 20 års jubileum*. Bergen: Noklus, 2012.
- Sandberg S, Christensen NG. Kvalitetskontroll av laboratorieanalyser utført i allmennpraksis. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1988; 108: 1888-90.

## 11.3 Kompetansesenter for kliniske ferdigheter hos praktiserende leger (1994–1998)

*Michael 2022; 19: Supplement 29, 339–47.*

*I årene 1994–1998 var Seksjon for allmennmedisin vertskap for «Kompetansesenter for kliniske ferdigheter hos praktiserende leger», et kvalitetssikringsprosjekt finansiert av Den norske lægeforenings fond for kvalitetssikring for legetjenester utenfor sykehus (Kvalitetssikringsfond I). Formålet var å utarbeide, gjennomføre og kvalitetssikre ulike opplæringstiltak og kurs i kliniske ferdigheter for allmennpraktiserende leger og praktiserende spesialister. I prosjektperioden ble det arrangert 34 ferdighetskurs i 11 forskjellige tema. På grunn av manglende utsikter til langsiktig finansiering av Kompetansesenteret, ble man nødt til å nedlegge virksomheten med en langsom nedtrapping i løpet av 1998.*

På 1980-tallet og fremover ble det diskutert om grunnutdanning og turnustjeneste ikke ga god nok opplæring i praktiske prosedyrer, og at den nye videreutdanningen i allmennmedisin heller ikke ivaretok ferdighetstreningen på en tilfredsstillende måte. I klinisk praksis utenfor sykehus er det begrensede muligheter for tilbakemelding og veiledning fra kolleger. I en slik situasjon kan være fare for at man utvikler uhensiktsmessige eller feilaktige teknikker og at det faller vanskelig å tilegne seg nye. Allmennlegene har stadig behov for opplæring i bruk av nye apparater og teknikker, og det er spesielt viktig å lære og utvikle sine kommunikasjonsferdigheter for å kunne drive god klinisk praksis.

### **Den første tanken**

Seksjon for allmennmedisin hadde fått i oppdrag å være vertskap for Noklus (1992), og under et felles allmennmedisinsk instituttmøte på Hurtigruten ble det diskutert om det var andre tema som kunne egne seg for «kompetansesentermodellen». Kirsti Malterud og Steinar Hunskår utviklet sammen en idé om et kompetansesenter for praktiske ferdigheter, og reiste hjem for

å utvikle forslaget, uten å involvere noen av de andre instituttene i første omgang.

1. mai 1992 ble det sendt en intensjonssøknad til Kvalitetssikringsfondet, som ble bedt om å ta stilling til forslaget om å opprette et kompetansesenter. Her ba vi om prosjektmidler for å engasjere en lege i tre måneder for å lede en utredningsgruppe. Deretter ville det eventuelt bli en oppbyggingsfase etterfulgt av en driftsfase.

### **Utredning og vedtak om penger**

Kvalitetssikringsfondet bevilget penger til utredning, og Johnny Mjell (allmennlege i Stokke), med bakgrunn fra Aplfs fagutvalg, ble engasjert til å lede arbeidet. I gruppen deltok ellers Bjørn Oscar Hoftvedt fra legeforenin- gens pedagogiske avdeling, Arne Ivar Østensen (Trondheim), samt Kirsti Malterud og Steinar Hunskaar.

Utredningen konkluderte med at det var behov for å etablere et nytt fagmiljø for å ta seg av kvalitetssikring og tilrettelegging av trening. De nye spesialitetsreglene i allmennmedisin hadde innført krav om godkjenning og attestasjon av 31 definerte prosedyrer, men ingen krav til kvalitetssikring av supervisjon og gjennomføring. Utredningsgruppen besøkte de tre andre instituttene, som sluttet seg til at et slikt senter hadde best forutsetninger for å lykkes ved fagmiljøet i Bergen. Prosjektet skulle pågå i 3–5 år, med sikte på fast drift etter prosjektperioden.

På denne bakgrunn bevilget Kvalitetssikringsfondet i 1993 800.000 kroner til utvikling av et senter der hovedoppgaven skulle være å utarbeide og kvalitetssikre ulike opplæringstiltak i kliniske ferdigheter for allmenn- praktiserende leger og praktiserende spesialister. Kliniske ferdigheter som skulle dekket av senteret var blant annet klinisk kommunikasjon, bruk av instrumenter, laboratoriebruk, praktiske ferdigheter i diagnostikk og behandling, samt tekniske rutiner og redskaper for rasjonell drift av praksis. Dessuten skulle kompetansesenteret skaffe praktisk innsikt i hvordan videre- og etterutdanning i kliniske ferdigheter best kan tilrettelegges for å sikre at den er kvalitetsmessig god (lege artis og kunnskapsbasert), at den ervervede kunnskapen faktisk tas i bruk av målgruppen (pedagogikk og implementering), og at tiltakene gjøres tilgjengelige for målgruppen landet over.

### **Personene som var med**

I november 1993 kunne det utlyses lederstilling og senere også prosjekt- medarbeidere på deltid (figur 1).

Tone Skjerven ble ansatt som daglig leder fra februar 1994 og ut hele prosjektperioden, mesteparten av tiden i 50% stilling i kombinasjon med

**Universitetet  
i Bergen**



Seksjon for allmennmedisin, Universitetet i Bergen  
**Kompetansesenter for kliniske ferdigheter  
 for praktiserende leger**  
**Engasjement for allmennpraktiker**

Den norske lægeforenings kvalitetssikringsfond har bevilget midler til etablering av et kompetansesenter for kliniske ferdigheter for praktiserende leger. Senteret er tilknyttet Seksjon for allmennmedisin, Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen. Kompetansesenterets oppgaver vil være å utvikle og utprøve praktiske og pedagogiske modeller for læring og kvalitetssikring av kliniske ferdigheter av teknisk, kommunikativ og administrativ karakter.

Vi søker i første omgang etter primærlege i deltidstilling (1/5 — 4/5 stilling) som vil få hovedansvar for den konkrete og praktiske gjennomføring av senterets etableringsfase. Senere vil det bli ansatt mer medisinsk personell, dessuten personell med administrativ, pedagogisk og teknisk kompetanse.

Vi trenger en initiativrik og ryddig person med erfaring fra klinisk primærmedisin — helst spesialist i allmennmedisin. Erfaring fra planlegging og gjennomføring av kursvirksomhet for praktiserende leger og annet faglig utviklingsarbeid vil bli vektlagt. Personlig egnethet vil være av stor betydning.

Lønn etter avtale. En utredning om kompetansesenteret kan sendes på forespørsel. Søknad sendes Seksjon for allmennmedisin, Universitetet i Bergen, Ulriksdal 8c, 5009 Bergen, innen 10. januar 1994. Nærmere opplysninger hos professor Malterud/Hunskår, tlf. 55 20 61 00.

*Figur 1: Utlysning av lederstillingen ved kompetansesenteret skjedd i senhøsten 1993.*

en bydelslegestilling i Bergen. Det ble høsten 1994 ansatt tre allmennleger i 20% stilling; Geirr Setekleiv, Hans Braadland og Rune Mjanger. De to første med tilholdssted Oslo, mens Mjanger var allmennlege i Lindås. Oslo-kontoret ble avviklet i 1996. Lege Édvin Schei ble tilsatt i 50 % stilling fra juli 1996 og lege Asta Meland Lysebo i 50% stilling fra september 1997. Universitetspedagog Arild Gulbrandsen som hadde sitt virke ved Program for læringsforskning ved Det psykologiske fakultet, ble engasjert som konsulent blant annet ved kurset «Gjensidige praksisbesøk». Alle ansatte var tilknyttet Seksjon for allmennmedisin, mens arbeidsgiver- og regnskapsansvar lå under Senter for samfunnsforskning» SEFOS ved UiB. Det ble aldri tilsatt fast sekretær, pedagog eller «altmuligmann», slik utredningen la opp til.

### *Prosjektledelse, arbeidsutvalg og råd*

Steinar Hunskår var prosjektleder sammen med et arbeidsutvalg bestående av Kirsti Malterud, allmennlege Kjell Johansen og daglig leder Tone Skjer-

ven. Kompetansesenteret hadde et fagråd med representanter fra pedagogisk avdeling i legeföreningen, spesialitetskomiteen i allmennmedisin, Aplf sitt fagutvalg, Norsk selskap for allmennmedisin (NSAM), Praktiserende spesialisters landsforening (PSL) og Seksjon allmennmedisin.

### *Lokaler*

Det var ikke plass til virksomheten i lokalene i Ulriksdal 8c, og man måtte ut på leiemarkedet. Tilfeldigvis og heldigvis var Legenes Hus i Kalifarveien 37 nettopp innkjøpt og rehabilitert, og man var interessert i leieboere med medisinsk relevans. Her leide kompetansesenteret størstedelen av tredje etasje (figur 2).

Lokalene var små, men greie nok, lokaliseringen var derimot upraktisk i forhold til Ulriksdal. Dette var jo før instituttet flyttet til nabolaget i 2003. Det var også dyrt å bruke kurslokalene i underetasjen, og kursene ble derfor stort sett holdt i universitetets lokaler. I 1997 flyttet senteret og de ansatte inn i det nye SMU-bygget ved siden av instituttlokalene i Ulriksdal.

### **Pedagogiske prinsipper**

Senteret skulle ikke bare være en kursarrangør, men et kompetansesenter. Da måtte aktiviteten ha kvaliteter ut over et vanlig kurscenter, som syste-



*Figur 2: Legenes Hus i Kalifarveien 37, der kompetansesenteret flyttet inn i øverste etasje 1994. Huset har ellers vært mye brukt til kurs, disputasmiddager og bryllup for leger og universitetsansatte. Foto: Hordaland legeförening.*

matisk utprøving og kvalitetssikring av kurs, og ikke minst av evaluering utført for å få vite om tiltakene er effektive og fører til atferdsendring. I tillegg skal det være teoretisk forankring og utviklingsarbeid.

Følgende pedagogiske prinsipper var grunnlag for alle undervisningstiltak:

- Hovedtyngden av undervisningen skulle bestå av praktisk trening i smågrupper.
- Hver kursdeltaker skulle ha tilgang på individuell veiledning og gis anledning til å vurdere om ervervete ferdigheter var i samsvar med kursets målsetting.
- Problemstillingene skulle være relevante for allmennpraktikeren og undervisningen baseres på oppdatert kunnskap.
- Kursene skulle være korte, helst 1–2 dager, intensive og med høy egenaktivitet.

Kursene skulle føre til at ny kunnskap ble implementert i praksis (figur 3). Allmennleger var i stor grad instruktører, men ved del prosedyrer var det vært mer hensiktsmessig å velge spesialister som utfører prosedyrer ofte. Det ble planlagt å lage kurspakker, med kursmanual, videosnutter, presentasjoner etc., som man bare kunne pakke opp og gjennomføre. Etter hvert så man at det var vanskelig for mange instruktører å holde fokus på selve den praktiske treningen. Man var veldig vant til å forelese, det ble etter hvert nødvendig å gi eksterne kursinstruktører en innføring i kurset før det skal gjennomføres.

### Kursene

I perioden januar 1995 – desember 1998 ble det holdt til sammen 34 allmennmedisinske ferdighetskurs. Mellom kursene drev senteret et aktivt evaluerings- og forbedringsarbeid. Kursene fordelte seg på følgende temaer:



*Figur 3: Gode kurs krever god planlegging. Her er Rune Mjanger og Tone Skjerven i arbeid ved kompetansesenteret. Foto: Marit Hafting, Tidsskriftet.*



- Chirurgia minor med vekt på sårbehandling, suturteknikk og kirurgisk teknikk ved fjerning av hudsvulster (5 kurs)
- Skulderlidelser slik vi møter dem i allmennpraksis med vekt på undersøkelsesteknikk og injeksjonsteknikker (8 kurs)
- Prosedyrer i lungemedisin i allmennpraksis: Spirometri, auskultasjon, bruk av inhalasjonsmedikamenter og prosedyrer ved barneastma (6 kurs)
- Diabetsomsorg – organisering av egen praksis, diagnostiske prosedyrer/rutiner, behandling- behandlingsmål, pasientrettledning, bruk av utstyr, materiell og hjelpemidler (2 kurs)
- Depresjon med vekt på diagnostikk, behandling og samarbeid mellom 1. og 2. linjetjeneste (3 kurs)
- Kommunikasjonstrening for konsultasjonen (1 kurs)
- Bedre konsultasjoner – metoder for kvalitetssikring og utvikling av den allmennmedisinske konsultasjonen (1 kurs)
- Gjensidige praksisbesøk i kollegagruppe – der programmet strekker seg over 8- 10 uker og innbefatter 20 timer fellesmøter og 4 praksisbesøk, 2 som vert og 2 som gjest (3 kurs) (figur 4)
- Ryggkurs (2 kurs)
- «Mini-skillslab» (2 kurs)
- Når helseopplysning ikke virker, hvordan motiverer vi da? (1 kurs)

De fleste av kursene ble holdt i små grupper med 12–14 leger, men lungekurset (APLF sin generalforsamling i 1996), og skulderkurset (Solstrandkurset 1997) ble holdt for 130 deltakere med godt resultat, til tross for en omfattende logistikk med svært mange instruktører.

### Publikasjoner

En viktig del av virksomheten var å dokumentere resultatene. Det ble skrevet årsrapporter, evalueringsrapporter, kursrapporter og virksomhetsplaner. Men de ansatte publiserte også fra senterets virksomhet. Det var også ulike omtaler av virksomheten i *Tidsskriftet* og i *Utposten*. Publiserte artikler er gjengitt i litteraturlisten nederst.

### Men pengene satt langt inne

Kvalitetssikringsfondet bevilget kr. 800.00 til igangsetting og etablering av senteret i 1993, og i 1995 fikk man ny bevilgning for perioden 1.7.95 til 30.6.96 på 820.000. Til sammen ble det over prosjektperioden bevilget ca. 3 millioner kroner, mens søknadsbeløpene ifølge prosjektplanene var 5,5 millioner kroner.

## Endring av praksis gjennom praksisbesøk

### Forslag til nye regler

Landsstyremøtet i oktober skal behandle dette forslaget til nye regler for etterutdanning i allmenntidning:

1 Spesialiteten fornyes hvert femte år  
2 Spesialisten må ha ett års allmenntidningstjeneste i åpen uselektert praksis i løpet av femårsperioden.  
– Som helsestilling teller praksis med varighet ned til én måned

– I tjeneste som omfatter mindre enn halvtid og ned til en femdels stilling, teller bare kurativ allmenntidningstjeneste

– Annen primærmedisinsk legetjeneste teller bare i kombinasjon med kurativ allmenntidningstjeneste ned til halvtidstilling

3 Kravet er 300 poeng fordelt på 140 obligatoriske og 160 valgfrie poeng

– *Obligatoriske poeng:* 100 kurspoeng fordelt på minst seks fagområder, 20 poeng for to praksisbesøk å en dag og 20 poeng for smågruppevirksomhet

– *Valgfrie aktiviteter* angitt i maksimalt mulige poeng: Praksisbesøk (100), smågruppevirksomhet (80), besøk i poliklinikk (130), strukturert ukesebesøk i sykehus (150), felleskonsultasjon med spesialist (50), åpen møteserie i sykehus (80), praksisleder- og lærerrolle (100), veiledning i videreutdanning (160), attesterte praktiske ferdigheter (30), originalforelesning for leger (40), sensorvirksomhet (60), vitenskapelig tidsskriftartikkel (50), allmenntidningstjeneste doktoravhandling (150), veiledet allmenntidningstjeneste forskning (140)

4 Etter fylte 60 år halvverdes poengkravene, men resertifisering skal fortsette så lenge legen driver praksis

**Tre kursdager i løpet av en drøy måned med gjensidige praksisbesøk innlagt mellom samlingene, er den ytre rammen for et 50-timers kurs for allmennpraktikere som er utviklet ved Kompetansesenteret for kliniske ferdigheter hos praktiserende leger, i Bergen.**

Praksisbesøkene følges opp med kollegasamlinger der kursdeltakerne introduseres for aktiviteter som de vanligvis ikke møter på kurs; for eksempel å oppleve sansinntrykk via musikk, dikt, billedkunst, bevegelse og andre estetiske uttrykksformer. Der og da er hensikten å skape en trygg, kollegial atmosfære hvor deltakerne kan dele erfaringer og opplevelser fra praksisbesøkene med hverandre. Men lege Edvin Schei og pedagog Arild Gulbrandsen som leder kurset, mener at kunst som innfallsvinkel også bidrar til en mer langsiktig endringsprosess og til å forstå samspill mellom mennesker.

Legeyrket er kjønnetegnet av ekstrem kompleksitet, og rollene en lege må spille og faget han skal forvalte stiller krav til kreativitet, evne til å forstå den andre og til å skape tillit. Det er blant annet for å få frem disse egenskapene vi bruker uvante virkemidler og uttrykksformer, sier Schei.

### Gjest og vert annenhver gang

Etter første kursdag settes gruppen sammen i par ved loddtrekning som besøker hverandres praksiser før gruppen samles igjen. Under praksisbesøket observerer gjesten sin kollega i konsultasjon med pasientene og noterer ned både det som faktisk skjer mellom legen og pasienten og observatørens tanker om hva som utspiller seg i konsultasjonen. I løpet av dagen legges det inn pauser for oppsummering og refleksjon.

Når gruppen møtes igjen annen kursdag, legger parene frem sine erfaringer og får tilbakemelding fra de andre. Ofte er det de samme spørsmålene og problemstillingene som opptar hele gruppen. Som regel er det gjesten som har mest å fortelle fra besøket, mens verten supplerer underveis.

– Hensikten med fremleggningen er ikke å kritisere andres måte å utøve sin legegjerning på, men å utvide bevisstheten om hvordan de kan drive sin praksis og få ideer til andre måter å gjøre det på, sier Schei.

### Redde for kritikk

Allmennpraktiker Charlotte Alsing, som har deltatt på kurset i Oslo, fremhever verdien av å møtes mellom praksisbesøkene og diskutere erfaringer i en gruppe der alle har som felles mål å hente inspirasjon til å endre egen praksis.

– Det er et tankekorst at vi leger aldri åpner døren for hverandre etter at vi er ferdige med turnustjenesten. Jeg tror at sperren ligger i å tørre og slippe en kollega inn på seg. Vi er så redde for kritikk og for ikke være faglig dyktige, sier Alsing som gjerne vil fortsette med praksisbesøk etter kursets avslutning. – Det er nyttig å ta på seg andre briller av og til og være bevisst lyttende til hvordan en kollega arbeider. Målet for meg er ikke nødvendigvis å ta opp en kollegas metoder, men å stille spørsmål og bli mer bevisst hvordan jeg kommuniserer med pasientene og hvordan jeg arbeider som lege.

Alsing er ikke tilhenger av at praksisbesøk skal bli obligatorisk i resertifiseringen. – Alle på kurset vårt opplevde kollegasøkene som positive, men jeg tror ikke at formen passer for alle. Man må være godt motivert for å tale en kollega observerer deg under en konsultasjon. Det krever også at man må tørre å utlevere seg og blottstille seg som lege overfor pasienten med en tredje person til stede, mener Alsing.

**Gode tilbakemeldinger**  
Foreløpig har 30 leger gjennomgått kurset som har vært holdt en gang i Oslo og to ganger i Bergen. De skriftlige evalueringene viser at det er et stort behov blant samtlige deltakere for å reflektere over egen praksis i lys av andre kollegers erfaringer.

Edvin Schei ser det som svært positivt at en av kursgruppene har formalisert samarbeidet om praksisbesøk og har opprettet et kollegialt nettverk der de møtes med jevne mellomrom.

Kompetansesenter for kliniske ferdigheter hos praktiserende leger planlegger flere kurs og stiller gjerne opp i andre deler av landet. – Hvis man kan samle en gruppe på 10–12 interesserte kolleger, er det bare å ta kontakt, sier Schei.

– Nina Husum, Tidsskriftet



Edvin Schei



Tore Olaf Høghelle var observerende gjest hos Charlotte Alsing i Oslo. Foto N. Husum

Tidsskr Nor Lægeforen nr. 18, 1997: 117  
179

Nyheter og reportasjer 2657

Figur 4: Tidsskriftets journalist Nina Husum sin reportasje om gjensidige praksisbesøk i 1997.

Ved søknad om kr. 950.000 i 1996, fikk man tildelt kr. 100.000, og ved ny søknad basert på nytt budsjett, ble det ikke tildelt midler. Situasjonen var da slik at medarbeiderne ble oppsagt fra slutten av 1996. Etter ny søknad til Utdanningsfond I ble det tildelt midler som ville rekke drift fram til august 1997. Man forutsatte så at Kvalitetssikringsfondet igjen overtok finansieringen av prosjektet. Ved ny søknad til Kvalitetssikringsfondet for 1998, ble det tildelt under halvparten av søknadsbeløpet på 1,5 millioner kroner. I begrunnelsen gikk det fram at man nå anså Kompetansesenteret for ha kommet inn i en driftsfase og at Legeforeningen måtte ta stilling til hvordan videre drift skulle finansieres. Videre het det i vedtaket at Kompetansesenteret ikke kunne påregne videre støtte til drift fra Kvalitetssikringsfondet.

Senteret fikk mange støtteerklæringer i denne perioden, om man søkte så om midler direkte fra legeforeningens sentralstyre. Sentralstyret vedtok på møte i januar 1998 å bevilge penger til drift senteret for første halvår 1998. Det ble samtidig antydnet en mulighet for støtte for annet halvår 1998 under forutsetning av at det ble lagt fram planer for gjennomføring av ferdighetskurs lokalt. Videre het det at økonomisk støtte ut over 1998 ikke kunne påregnes.

#### *Pengene tok slutt i 1998*

Det ble lagt ned et stort arbeid med tanke på alternative finansieringskilder, blant annet ble Det medisinske fakultet involvert. Arbeidet førte ikke fram. På grunn av manglende utsikter til langsiktig drift av Kompetansesenteret, besluttet man å nedlegge virksomheten med en langsom nedtrapping i løpet av 1998.

#### **Hva lærte vi?**

Kompetansesenteret var fundert på et behov i det allmennmedisinske faget og lokale forutsetninger for å drifte det, både faglig og personmessig. Det var stor og geografisk bred entusiasme for tiltaket, og aktivitetene ble svært godt evaluert. Kursporteføljen var omfattende, og kursene var pedagogisk avanserte og stort sett tro mot de grunnleggende idéene.

Det ble imidlertid tidlig klart at Legeforeningens ulike fond ikke var rigget for å ta på seg varige driftsoppgaver i denne størrelsesorden, selv om Noklus allerede var opprettet etter en slik modell. Det var på 1990-tallet ennå ikke politisk modenhet for statlige satsinger på kvalitetsarbeid av denne type, slik det ble et tiår senere, med AFE, NKLM og senere SKIL som eksempler.

## Hva kunne Kompetansesenteret ha blitt?

Kompetansesenteret hadde potensiale til å bli en fast etablert institusjon som tok seg av opplæring og trening i kliniske ferdigheter i spesialistutdanningen i allmennmedisin. I tillegg til dette ville man kunne bidra med planlegging og tilrettelegging av et ferdighetslaboratorium ved UiB, som et samarbeidstiltak. Slik kunne man også ha fått etablert et treningslaboratorium for videre- og etterutdanningen og kanskje brukt den som en modell for samme virksomhet ved de andre medisinske fakultetene i Norge.

## Litteratur

- Hafting M. Hvordan lære det kliniske håndverket? Kompetansesenter for kliniske ferdigheter opprettet i Bergen. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1996; 116: 887.
- Hunskår S. Kollegabasert opplæring i praktiske prosedyrer. Ein modell for allmennmedisin? *Tidsskr Nor Lægeforen* 1989; 109: 3131-2.
- Hunskår S. Undervisning i praktiske prosedyrer i grunnutdanningen for leger. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1985; 105: 152-4.
- Husom N. Endring av praksis gjennom praksisbesøk. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1997; 117: 2657.
- Mjell J, Hoftvedt BO, Hunskår S, Malterud K, Østensen AI. *Kompetansesenter for kliniske ferdigheter hos praktiserende leger*. Bergen: Seksjon for allmennmedisin, Institutt for samfunnsmedisinske fag, 1993.
- Schei E, Gulbrandsen A, Skjerven T. Hvordan utvikles profesjonell kompetanse? *Tidsskr Nor Lægeforen* 1998; 118: 2979-81.
- Schei E, Gulbrandsen A, Skjerven T. Praksis læres i praksis *Tidsskr Nor Lægeforen* 1998; 118: 2975-8.
- Schei E, Hoftvedt BO. Obligatorisk kollegaveiledning. Hva mener spesialistkandidatene i allmennmedisin om utdanningen i praktiske ferdigheter? *Tidsskr Nor Lægeforen* 1998; 118: 895-9
- Schei E, Skjerven T: Kompetansesenter for kliniske ferdigheter hos praktiserende leger: Hvem – Hva – Hvor. *Utposten* 1997; 26: 266-7.
- Skjerven T, Schei E, Mjanger R. Kompetansesenter for kliniske ferdigheter hos praktiserende leger. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1998; 118: 1069-73.
- Skjerven T. *Kompetansesenter for kliniske ferdigheter hos praktiserende leger. Sluttrapport*. Bergen: Seksjon for allmennmedisin, Institutt for samfunnsmedisinske fag, 1998.
- Spesialitetskomiteen i allmennmedisin. *Praktiske ferdigheter i allmennmedisin*. Oslo: Den norske lægeforening, 1993.
- Worren H. Gi meg en (varm) skulder... Leserbrev fra en fornøvd deltaker på Solstrandkursets skulderkurs 1997. *Utposten* 1997; 26: 268-9.

## 11.4 Eyr – allmennlegenes diskusjonsforum (1996–2017)

*Michael 2022; 19: Supplement 29, 348–54.*

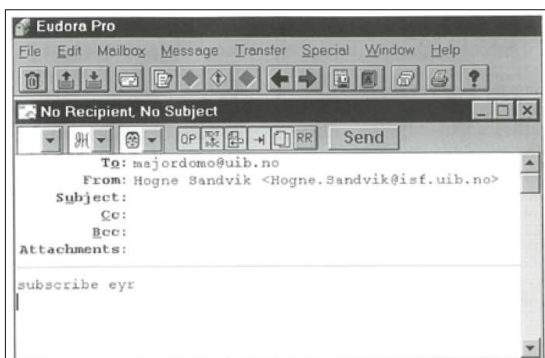
*Midt på 1990-tallet ble det mulig for privatpersoner å koble seg på Internett og det kom brukervennlige nettlesere. Elektronisk post gjorde det mulig å kommunisere raskt og med mange. Epostlister ble utviklet for å kunne kommunisere med personer med felles interesser, og slik at alle medlemmene fikk se alle meldingene samtidig. Utveksling av meldinger kunne skje uformelt og med få krav til språk og formalia. Eyr var norske allmennlegers viktigste diskusjonsforum i mange år. Eyr utgikk fra Seksjon for allmennmedisin og ble hele tiden driftet via UiBs servere. Men alt har sin tid, og i 2017 var det slutt. Her er historien.*

Eyr ble lansert som et diskusjonsforum for allmennleger i juni 1996. Formelt sett var Eyr forankret i *Referansegruppen for informasjonsteknologi* i Norsk Selskap for Allmennmedisin (NSAM), men i praksis ble listen hele tiden driftet av UIB, med Hogne Sandvik som «list-owner». Etter en del tumult i 2009 hvor daværende leder av NSAM ønsket å fjerne et innlegg fra arkivet, opphørte den formelle tilknytningen til Legeforeningen. Eyr ble deretter et frittstående forum, uten noen organisasjonsmessig tilknytning.

### Navnet Eyr og oppstartsfasen

Hvorfor dette navnet? Eyr var den norrøne gudinnen for legekunsten. *Eyr* var også navnet på det første medisinske tidsskriftet i Norge (1826–37). Det var derfor naturlig å gi den første epostlisten samme navn. Elektroniske *Eyr* fikk noe lengre levetid enn det papirbaserte tidsskriftet. Da listen ble lagt ned i november 2017, etter 21 års drift, hadde det blitt formidlet 66 000 meldinger.

Sosiale medier er avhengig av en kritisk brukermasse for at de skal bli selvgående. Lanseringen av Eyr ble derfor forberedt med sikte på å rekruttere flest mulig brukere på kortest mulig tid. Det ble sendt ut invitasjoner



Figur 1. Eksempel på hvordan man melder seg på Eyr.

Figur 2. Eksempel på en melding som skal videreformidles til alle medlemmene av Eyr.



på epost til norske og nordiske kolleger og listen ble omtalt i *Tidsskriftet*, *Utposten* og *Æsculap*. Dette medførte at Eyr raskt fikk et tilstrekkelig antall medlemmer. Ved utgangen av 1996 var det over 200 påmeldte. Siden økte antallet gradvis til over 2 000. *Utposten* hadde en fast edb-spalte redigert av allmennlege John Leer på Askøy, og det ble der trykket informasjon om Eyr med påmeldingsdetaljer og detaljert bruksanvisning (figur 1) (Sandvik, 1996).

## Digital debattkultur

Sammenlignet med siviliserte diskusjoner i tidsskrifter og møtesaler, har nettdebatter alltid vært preget av tøffere språkbruk og ubetenksomme ytringer. Det var ingen forhåndssensur av *Eyr*-meldingene, de ble umiddelbart distribuert til alle deltakerne. Det var lett å skrive et innlegg i affekt og så trykke på send-knappen. Reaksjonene lot som regel ikke vente på seg, og det var ikke uvanlig at hissige deltakere senere måtte beklage ytringene

*Figur 1: I Utpostens edb-spalte ble det gitt utførlig informasjon hvordan man kunne melde seg på Eyr og hvordan man skal adressere, skrive og sende meldinger. Kilde: Faksimile fra Utposten nr. 5, 1996.*

sine. Som regel fungerte den interne justisen blant *Eyr*-folket, og det var svært sjelden at listeadministrator aktivt måtte gripe inn.

I 2000 publiserte Janne Bromseth, NTNU, en hovedoppgave i anvendt språkvitenskap *Internett, krigsarena eller Kardemomme by?* (Bromseth, 2000). Her sammenlignet hun *Eyr* med *KK-forum*, en epost-liste med tilknytning til avisen *Klassekampen*. Hun fant at de to listene var ganske forskjellige. På *Eyr* var man stort sett enige om hva som kjennetegner gode samhandlingsnormer. Dette var ikke tilfelle på *KK-forum*. Mens bruk av personangrep virket degraderende for en deltakers status på *Eyr*, virket slike virkemidler sosialt meritterende på *KK-forum*. En viktig forklaring var nok at *Eyr*-folket i utgangspunktet var del av et kollegium, mens deltakerne på *KK-forum* ikke hadde noen relasjoner til hverandre utover listekontakten.

*Eyr* var en åpen liste, hvem som helst kunne melde seg på. Frem til 2009 var også meldingsarkivet fritt tilgjengelig for alle. Alle kunne derfor «google» seg fram til mer eller mindre usaklige *Eyr*-meldinger. Men det var ikke alltid like kjekt at slekt og venner tilfeldig fikk opp ubetenksomme ytringer i søkemotoren, og arkivet ble derfor stengt for utenforstående i 2009. Man måtte deretter være medlem av *Eyr* for å få tilgang til arkivet.

Det var en bevisst tanke helt fra starten at *Eyr* skulle være et åpent forum. Ved at journalister, politikere og helseadministratorer kunne følge med på hva som rørte seg på grasrota i de allmenntedisinske miljøene, økte mulighetene for å påvirke og sette saker på dagsorden. Men man eksponerte seg på godt og vondt, og det var ikke alltid like god reklame for norsk allmennmedisin når usaklighetene gikk over alle støvleskaft.

Det er en grense for hvor mange deltakere et ikke-moderert diskusjonsforum kan ha. Volumet av meldinger kan bli for stort, og det er en fare for at forumet ødelegges av uvesentligheter, usakligheter og metadebatter. En tilbakevendende kritikk var at *Eyr* ble dominert av noen få deltakere. Til en viss grad er dette riktig. I første kvartal 2012 hadde *Eyr* ca. 1 900 medlemmer og det ble formidlet 2 400 meldinger fra mer enn 300 ulike deltakere. Det var imidlertid en håndfull deltakere som sendte bortimot hundre meldinger hver.

### Ressursbase

To tusen hoder tenker bedre enn ett, og *Eyr* ble derfor også en stor kunnskapsbase. Mange opplevde å få raske og gode svar på spørsmål som ble kastet ut til *Eyr*-folket. Dette var ikke bare medisinske problemstillinger. Mange nyttige brukertips for elektroniske journalsystemer ble utvekslet. Ukorrekt informasjon ble som regel umiddelbart påpekt.

Sentrale tillitsvalgte i legeforeningen var også lenge flinke til å følge med på *Eyr*, og bidro i stor grad til listens nytteverdi. Mange fastleger hadde spørsmål om avtaleverk, lover og regler og ikke minst takstbruk. *Eyr* hadde også mange deltakere fra den sentrale helseadministrasjonen, men disse ytr seg sjelden.

Kasuistikker er nyttige utgangspunkt for kliniske diskusjoner, men siden *Eyr* var et åpent forum kunne dette være problematisk. Bare avsenderen kunne vite om anonymiseringen var tilstrekkelig. Det var noen få eksempler på at taushetsplikten kunne ha blitt brutt, og at avsenderen i etterkant ba om at meldingen ble fjernet fra arkivet.

### Sosiale medier gir makt

Elektroniske møteplasser kan virke meningsdannende, de påvirker holdninger og bidrar til «det store vi». De kan være utgangspunkt for aksjoner og påvirke politisk og organisatorisk utvikling. Allerede i desember 1996 var *Eyr* utgangspunkt for en slik aksjon, kanskje for første gang i Norge. Allmennlege Anders Lunde i Os skrev en melding hvor han uttrykte sterk frustrasjon over alle helseopplysningene forsikringsselskaper kunne tillate seg å innhente. Pål Gulbrandsen i Drammen tok da initiativ til et brev, utformet i fellesskap på *Eyr*, som ble sendt til Stortinget 6. januar 1997. Det gikk bare to uker før det kom et såkalt dokument 8-forslag om å lovregulere hvilke helseopplysninger forsikringsselskapene skal kunne innhente om sine kunder. Forslaget fra Sp-representantene Tor Nymo, Magnhild Meltveit Kleppa og Tove Kari Viken ble enstemmig vedtatt.

Aktiviteten på *Eyr* svingte i takt med dagsaktuelle hendelser. Et typisk eksempel på dette var debattene før fastlegeordningen ble innført i 2001. I tur og orden medførte høringsnotat, odelstingsproposisjon og forhandlingsresultat tydelige bølger på *Eyr*. Deltakerne produserte en tekstmengde som tilsvarte minst 1 000 leserinnlegg i Tidsskriftet. Engasjementet og temperaturen var til tider svært høy, og kunne gi inntrykk av at *Eyr*-folket utgjorde en opposisjonell grasrotbevegelse. Men det svekket neppe Legeforeningen at forhandlingsmotparten fikk inntrykk av at en hissig og kravstor medlemsmasse stod klar til å forkaste et dårlig resultat.

En analyse av debatten på *Eyr* om fastlegeordningen ble publisert i *Tidsskriftet* (Sandvik, 2001). Fra august 1996 til 1. juni 2001 sendte 243 ulike personer 2 153 meldinger om fastlegeordningen. 232 av debattantene var leger, av disse 203 allmennleger. Gjennomsnittsalderen var 46 år og menn var sterkt overrepresentert (87 %). 80 % av deltakerne sendte ti eller færre meldinger, 10 % sendte 11–20 og 10 % sendte mer enn 20 meldinger. Allmennlegene sendte de fleste av meldingene sine om kvelden, mens akade-



Tabell 1: Oddsratio for å sende positive meldinger om fastlegeordningen til Eyr, sammenliknet med negative. Logistisk regresjon blant allmennleger, akademikere og samfunnsmedisinere (Sandvik, 2001).

Uavhengig variabel	Oddsratio	95% konfidensintervall
Kvinne	0,1	0,0–0,5
Landkommune	0,3	0,2–0,5
Alder	0,7	0,6–0,9
Erfaring siden embetseksamen	1,4	1,1–1,6
Spesialist i allmennmedisin	1,9	0,8–4,2
Fastlege i fastlegeforsøket	33,9	8,1–142
Akademiker/samfunnsmedisinere	34,0	11,0–106

mikere og samfunnsmedisinere brukte arbeidstiden til slik virksomhet. De fleste meldingene var nøytrale i forhold til fastlegeordningen, 9,6 % negative og 8,4 % positive. Akademikere, samfunnsmedisinere og deltakere i fastlegeforsøket var sterkt overrepresentert med positive meldinger (tabell 1).

Da departementet lanserte forslag til ny forskrift om fastlegeordningen i 2012, var meldingsvolumet enda høyere, men også mer preget av usakligheter og støy.

### Refleksjoner i etterpåklokkens lys

Eyr må karakteriseres som en suksess og som et viktig tiltak for norsk allmennmedisin (figur 2). Da Eyr ble etablert i 1996, eksisterte knapt begrepet «sosialt medium». Dette var mange år før Facebook og Twitter så dagens lys. Teknologien var enkel, men Eyr etablerte seg raskt som et nyttig forum.

Men når epostlister vokser seg store, blir de ofte uhåndterlige. Strømmen av meldinger kan bli for stor, og signal/støy-forholdet svekkes. Etter hvert ble epostlister en umoderne form for meningsutveksling, og meldingsantallet avtok. Fra ca. 3 500 meldinger per år i 2014 og 2015, avtok antallet til ca. 2 400 i 2016 og 1 600 frem til listen ble lagt ned i november 2017. Samme utvikling var tydelig når det gjelder Eyr's søsterlister i England (GP-UK) og USA (FAMILY-L). Denne debattformen er i ferd med å dø ut. Epostlister har nok fortsatt en funksjon som rene distribusjonslister, men for debatt er nok andre plattformer å foretrekke.

Nyere fora, som *Allmennlegeinitiativet*, er blitt etablert på Facebook, men disse er oftest lukket for innsyn. Det blir da lettere å bidra aktivt, men samtidig er det nok en fare for at deltakerne blir mer navlebeskuende og at møteplassen kan utvikle seg til en digital klagemur. Men med den enorme



*Figur 2: Hogne Sandvik ble tildelt prisen som «Årets allmennlege» under Allmennmedisinsk våruke som ble avholdt på Kongsberg i mai 2016. Bildet viser Nils Kristian Klev, styremedlem i Allmennlegeforeningen (t.v.), som overrekker prisen i form av et kunstverk. I begrunnelsen for prisen skriver foreningen at Sandvik er uselvvisk opptatt av faget, og gjør en stor innsats i å administrere og redigere Eyr, som i år fyller 20 år.*

*– Jeg hadde ikke stått her i dag hvis det ikke hadde vært for det allmennmedisinske miljøet på og rundt universitetet i Bergen. De har gitt meg anledning til å drive med forskning og fagutvikling på egne premisser, parallelt med fastlegejobben.*

*Foto: Øyvind Bosnes Engen, Dagens medisin. Gjengitt med tillatelse.*

utbredelsen som Facebook har fått, er det ikke rart at mange foretrekker å etablere diskusjonsgrupper der. Teknologien er mer avansert og fleksibel, og det er lettere å håndtere stor trafikk.

## Avslutningen

Fredag 3. november 2017 klokken 1807 var det slutt. Da ble det sendt melding til de gjenværende medlemmene med tittelen «Siste melding», der hovedbudskapet var: Alt har sin tid, *Eyr* legges nå ned, og dette er siste melding som blir formidlet.

Sjefredaktør Are Brean i Tidsskrift for Den norske legeforening oppsummerte historien i en minileder (Brean, 2017), der han blant annet skrev:

«I 21 år har Eyr vært norske allmennlegers viktigste diskusjonsforum. Men nå er det slutt. Den umodererte e-postlisten ga mindre og mindre nytte for deltagerne. Men

Eyr har vært viktig. Listen har knyttet sammen et geografisk spredt allmennlegekorps. Og den har påvirket helsepolitikken. Helt fra da et kollektivt utformet brev på Eyr i 1997 utløste lovregulering av forsikringsselskapenes tilgang til helseopplysninger, og til fastlegeaksjonens protestbrev til helseministeren i 2012, har Eyr vist at grasrotaksjon utgjør en forskjell. Den erfaringen er nyttig å ta med videre til nye medier.»

## Litteratur

Brean A. Den tredje Eyr. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2017; 137: 1753.

Bromseth JCH. *Internett: krigsarena eller Kardemomme by? Konstruksjon av samhandlingsnormer og debattkulturer på to norske e-postbaserte diskusjonslister*. Hovedoppgave i anvendt språkvitenskap. Trondheim: Historisk-filosofisk fakultet, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 2000.

Sandvik H. Eyr – Norsk epostliste for allmennmedisin. *Utposten* 1996; 25 (5): 212-3.

Sandvik H. Analyse av fastlegedebatten på Eyr. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121: 3509-12.

## 11.5 Filosofisk poliklinikk – tankefull rebell (1998)

*Michael 2022; 19: Supplement 29, 355–60.*

*Siden 1998 har bergensere kunnet oppsøke et særegent offentlig refleksjonsrom hvor medisinenes gråsoner, forsømmelser, suksesser, verdier og potensialer blir gått etter i sømmene, i åpen dialog mellom publikum og fremstående fagfolk av mange slag. Filosofisk poliklinikk ble startet av Edvin Schei, den gang førsteamanuensis ved Seksjon for allmennmedisin. I dette kapitlet forteller Schei om poliklinikkens bakgrunn, virke og resultater.*

Det begynte hjemme i min stue i Sandviken i 1997. Vi var en håndfull unge kollegaer med tilknytning til Seksjon for allmennmedisin som likte å snakke sammen, og innså at vi alle hadde ambivalens, ubehagelige følelser, uklare tanker og motsigelsesfylte fortellinger om hva det er å være lege. Vi så kolleger som åpenbart slet med kynisme, likegyldighet med pasientenes ve og vel, overdreven interesse for kassaapparatet eller laboratorieverdiene, og underdreven evne til egenomsorg. Vi kjente disse ubehagelige tendensene i oss selv, og følte uro for om yrkesvalget var riktig – «hvorfør kjennes det så ofte meningsløst å utføre verdens mest nyttige og attraktive yrke?».

### **Starten, personene og foreningen**

Høsten 1998 hadde vi filosofert oss frem til at vi hadde noe viktig å formidle, og vi inviterte til åpent første møte i *Filosofisk poliklinikk* (Filpol). Møtet ble holdt i det innerste av Bergens medisinske establishment – Store auditorium på Haukeland universitetssjukehus. Det var særlig medisinstudentene vi ville ha i tale, og langt over hundre av dem var møtt frem. Jeg holdt åpningsforedraget med tittelen «Fundamentalisme i hvitt? Om makt og autoritetsunderkastelse i medisin og helsefag». Samme høst startet noen av studentene «Filosofisk preklinikk». Siden har det alltid vært en kontingent av studenter involvert i Filpols virksomhet.

Poliklinikken er organisert som en frivillig forening, med et stødig og stabilt styre hvor allmennmedisinere har vært i flertall, men hvor andre leger, medisinstudenter, og ikke minst vitenskapsteoretiker Roger Strand ved Senter for vitenskapsteori, har bidratt til tenkningen. Mange tidligere og nåværende styremedlemmer har mer eller mindre vært tilknyttet det allmennmedisinske universitetsmiljøet, som Guri Rørtveit, Stefán Hjörleifsson, Eivind Meland, Ole Frithjof Norheim, Yngvild Hannestad og Esperanza Diaz. I styret for 2021/22 utgjør legene Caroline Nitter Engen og Eivind Valestrand starten på en ny generasjon filosofiske poliklinikere.

### Filosofisk poliklinikks merittliste

Filpol<sup>1</sup> er best kjent for sin offentlige møteserie, selv om vi kanskje har skapt flere ringer i vannet gjennom internasjonale og nasjonale kurs og seminarer, samt en rekke tekster, foredrag og undervisningstiltak som poliklinikkenes medlemmer har utviklet i årenes løp. Fra starten i 1998 til våren 2022 har vi arrangert 185 åpne møter. Mange av de fremste formidlerne, tenkerne og forskerne i norsk medisin og offentlighet har innledet på møtene. Slik er Filosofisk poliklinikk blitt et sted hvor nettverk skapes, ulike miljøer kommer i kontakt med hverandre, kunnskap og ideer finner ny grobunn.

Publikum på møtene, som nå arrangeres på Litteraturhuset i Bergen, er mangslungent, varierende i antall fra 30 til 150, med over 300 i salen da Per Fugelli holdt foredraget *Døden – skal vi danse?* i 2011. Det er ikke en fast menighet, men tenkende studenter, helsefagfolk, samfunnsvitere, akademikere, kunstnere, pasienter og allment nysgjerrige mennesker som kommer når et tema interesserer dem. Møtene organiseres i årlige eller halvårlige temaer, i Tabell 1 vises noen eksempler.

### Internasjonalisering i Hardanger

Filosofisk poliklinikk sprang ut av begeistring, uro, og en forunderlig tro på at vi skulle klare å forandre verden – litt. Men lenge var vi usikre på holdbarheten i vår kritikk av medisinsk tenkning og praksis – kanskje det var vi som ikke forsto hva leger bør kunne, gjøre og være? Vi trøstet oss med en av Bertrand Russells aforismer, «feilen med verden er at de dumme er så skrāsikre og de kloke så fulle av tvil», men søkte samtidig å utfordre vårt eget syn, slik gode vitenskapere bør gjøre. Det var bakgrunnen for en rekke firedagers medisinsk-filosofiske seminarer på Baroniet Rosendal, med deltagere fra de nordiske land samt England, USA og Canada. Blant de mer

1 På hjemmesiden <http://filosofiskpoliklinikk.no/> ligger program, oversikt over tidligere møter, bilder og videoer fra debattmøtene, og lenker til relevante kilder. Filosofisk poliklinikk har egen youtube-kanal.

Tabell 1: Eksempler på møtetemaer i Filosofisk poliklinikk

År	Tema
2021/2022	Religiøsitet, spiritualitet og moderne medisinske praksiser
2021	Helsenæring – den nye oljen?
2020	Klokere av Covid-19?
2019	Å leve i dødens lys
2017	Sex! Hud! Kjønn og organer!
2016	Migrasjon, medisin og moral
2015	Prioritering betyr å si nei, ikke sant?
2014	Helse- eller bjørnetjenester? Om overdiagnostikk og overbehandling i norsk helsevesen
2013	Dannelse til lege. Hvordan gi studenter kunnskap, dygd og profesjonalitet?
2009	High-tech og eksistens

prominente gjestene var Iona Heath, som senere ble leder i Royal College of General Practitioners, og Eric Cassell, professor ved Cornell University, indremedisiner, filosof og en av grunnleggerne av palliativ medisin.

Titlene på seminarene forteller en historie om hva vi søkte større kunnskap om, og temaer vi savnet i den fagmedisinske diskursen i Norge:

- 2002: «Dignity and Dialogue. Exploring Medicine's Relational Foundations».
- 2003: «Health, Culture and Self. Exploring Modernity's Challenges to Medicine».
- 2004: «The Meaning of Risk. Exploring the Foundations of Medical Evidence».
- 2005: «The Power of Goodness. Exploring Help and Helplessness in Contemporary Society».
- 2012: «The Nature of Humans and the Goals of Medicine. Critical Investigations of the Theoretical and Scientific Foundations of Clinical Medicine».
- 2013: «What is Doctoring? Professionalism and Caring for the Patient in Modern Medicine». Dette var et seminar på UiB, knyttet til Eric Cassells teorier om pasientsentrert medisin og legerollens essens, fremstilt i bøkene *The nature of suffering and the goals of medicine* og *The nature of healing. The modern practice of medicine*. Femti deltakere fra flere land deltok på arrangementet.

*Figur 1: Morgenøvelser på låven under Rosendalseminar i 2002.*

*Vi ser fra venstre Stefan Hjørleifsson, Yngvild Hannestad, ikke identifisert seminar deltaker, Margrethe Aase og Christian Ohldieck.*

*Foto: Edvin Schei.*



*Figur 2: Refleksjon og diskusjon, Rosendal 2012.*

*Fra høyre mot venstre Trisha Greenhalgh (England), Stefán Hjørleifsson, Roger Strand, May-Lill Johansen (UiT), Margrethe Aase, Linn Getz (NTNU) og Kari Agledahl (UiT). Foto: Edvin Schei.*



### **Danning og læring – innvortes og utvortes**

Filosofisk poliklinikk har for medlemmene vært en gryte med styrkedråper, slik et tenkende arbeidsfellesskap kan være. Det har gitt inspirasjon, trygghet og kunnskap som er blitt kanalisert inn i minst åtte bøker (se litteraturlisten) og over femti andre publikasjoner som direkte kan knyttes til poliklinikkens eksistens. Og ikke minst har tenkningen funnet veien inn i undervisning, som alle poliklinikerne er engasjerte i. Ved Det medisinske fakultet ved UiB er det en klar forbindelse til studieplanen Medisin2015, hvor begrepet «medisinsk profesjonalitet» er møblert med idéer fra Filoso-

fisk poliklinikks verksted. Det nye faget Pasientkontakt (PASKON), hvor pasienter og eldre studenter blir veivisere for førsteårsstudentene, virkeliggjør mange av de viktigste innsiktene som Filosofisk poliklinikk har gitt oss – om menneskekunnskap, legerolle og læring for livet.

Siden oppstarten har jeg flere ganger fått telefonen «Hei, er jeg kommet til Filosofisk poliklinikk? Tar dere imot pasienter?» Svaret er alltid nei, vi behandler ikke pasienter eller leger enkeltvis. Vi driver forebyggende arbeid, og vi gjør det med allmennt medisinske verdier: Vi bekjemper kunnskapsmessig feilernæring og intellektuell svinnsott i medisin og samfunn. Vi er temmelig sikre på at alle mennesker, også leger, er følende, tenkende og symbolbrukende flokkdyr, minst like avhengige av mening, skjønnhet og kjærlighet som av oksygen, protein og helsekontroller. Vi vil beskytte klokskapens regnskoger mot blinde algoritmer og kunstig intelligens. Vi ønsker en utdanning som er dannende og frigjørende. Vi vil vaksinere unge legehjerner mot yrkessykdommene selvgodhet, vitenskapsfundamentalisme og sneversyn.

Det har vi gjort i mer enn 20 år med dialog, nysgjerrighet, humor og en dose bergensk selvironi. For kuren mot medisinsk uforstand er ikke ferdiglaget innsikt fra en filosofisk autoritet, men mot til å bruke egen fornuft og erfaring, energi til å lese utenfor eget fag, ydmykhet til være undrende, kløkt til å stille kritiske spørsmål der andre er hjertens enige, og nysgjerrighet på å lære av dem som er annerledes. Skal hver enkelt av oss

*Figur 3: Edvin Schei og universitetsrektor Dag Rune Olsen (øverst!) åpner Filosofisk poliklinikks 20-års jubileumsseminar i Universitetsaulaen den 15. september 2018. Seminaret hadde tittelen «Filosofisk helsekontroll 20 år eller: Hvor er medisinen på vei?» I tillegg til innlegg og dialoger var det sang ved Bergen Entusiastkor. Foto: Esperanza Diaz.*





klare det, må vi være flere som tenker sammen. Slik er denne poliklinikkens filosofi.

## Litteratur

Blanchard A, Strand R (red): *Cancer Biomarkers: Ethics, Economics and Society*. Bergen: Megaloceros Press, 2017.

Frich J, Schei E, Stene-Johansen K, red. *På sykeleiet – sykdom og medisin i litteraturen*. Oslo, Gyldendal 2004.

Hjørleifsson S and Lea K. *God praksis – om medisin og etikk*. Bergen: Fagbokforlaget, 2017.

Kumar B, Diaz E. *Migrant health: A Primary Care Perspective*. Boca Raton: CRC Press, 2019.

Meland E. *Det hellige som kilde til helse*. Stavanger: Eide Forlag, 2012.

Schei E, Gulbrandsen A, red. *Forstår du, doktor? Mot en humanistisk legeutdanning*. Oslo: Tano Aschehoug, 2000.

Schei E. *Hva er medisin?* Oslo: Universitetsforlaget, 2007.

Schei E. *Lytt. Kommunikasjon og legerolle*. Bergen: Fagbokforlaget, 2014.

## 11.6 Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM) (2005)<sup>1</sup>

*Michael 2022; 19: Supplement 29: 361–72.*

*Et stort flertall i Stortinget støttet i 2001 at det skulle utredes et Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM) i Bergen. Etter utredning gjorde regjeringen i 2004 endelig vedtak om å opprette senteret. Det ble bevilget penger fra 2005, og NKLM har siden vært en stor og viktig premissleverandør for utviklingen av legevaktstjenesten i Norge. Senteret har mange ansatte, og har et stort fokus på fagutvikling og forskning. NKLM har siden starten vært et viktig tilskudd til det allmennmedisinske akademiske fagmiljøet i Bergen.*

Legevakt, eller hjelp til pasienter utenom vanlig åpningstid, var inntil 1980-årene noe som distriktslegene organiserte selv seg imellom, bortsett fra i storbyene, der det lenge hadde vært stasjonære legevakter. Svært mange av legevaktkonsultasjonene var i form av sykebesøk.

Kommunene fikk ansvaret for legevakten fra 1984, og i de neste 10–15 årene ble legevakten mer profesjonell. Mange kommuner opprettet legevakter alene eller som interkommunale ordninger. Det ble flere krav til kompetanse og kvalitet i den akuttmedisinske kjeden, med moderne ambulansebiler og innføring av nødnummer 113 og kommunale legevaktsentraler som pasientene kunne ringe til. Sykebesøkene ble sjeldnere. Pasientene måtte komme til legevakten.

Det var utover 1990-tallet mange kritiske røster til kvaliteten i akuttmedisinen utenfor sykehus. Blant annet mente Helsetilsynet at legevaktstjenesten ikke hadde den standard og kvalitet som den burde ha. Etter årtusenskiftet førte sykehusenes satsing på forskning, utviklingsarbeid og kvalitetsforbedring til at primærhelsetjenesten ble hengende etter. Mange

<sup>1</sup> I forbindelse med tiårsmarkeringen i 2015 utga NKLM et festskrift som oppsummerte aktivitetene så langt (NKLM, 2015). I 2018 kom boken om legevaktens historie (Hunskår og Sandvik, 2018). Mye av innholdet i dette kapitlet er basert på disse kildene.

nasjonale kompetansesenter ble opprettet ved sykehus, mens allmennmedisinfaget ikke hadde tilsvarende faglige institusjoner for spesifikke problemstillinger, bortsett fra Noklus, som ble etablert i Bergen allerede i 1992 for å øke laboratoriekvaliteten. Legevakt er en viktig del av allmennmedisinen, men var i alle år enda mer stemoderlig behandlet når det gjaldt arbeidsvilkår, fagutvikling og forskning.

### **Bakgrunn, forankring og mandat**

Utredningen *Hvis det haster* (Haga-utvalget) kom med flere forslag for å øke kvaliteten i den allmennmedisinske delen av det akuttmedisinske arbeidet, den omtalte behovet for forskning og kvalitetssikring, og gikk inn for å styrke primærlegene sin kompetanse i akuttmedisin. Stortingsmelding nr. 43 (1999–2000) (Akuttmeldingen) støttet opp om Haga-utvalget sine synspunkter, men konkrete fagmiljø ble ikke foreslått styrket eller opprettet. Derimot foreslo regjeringen å opprette et kompetansemiljø for prehospital akuttmedisin i spesialisthelsetjenesten, knyttet til Universitetet i Oslo (NAKOS).

Som professor i allmennmedisin utformet Steinar Hunskaar våren 2001 et forslag til Sosialkomitéen på Stortinget om å opprette et nasjonalt senter for legevaktmedisin i Bergen, knyttet til Seksjon for allmennmedisin og Nasjonalt senter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap (KoKom). Senteret var tenkt å ha oppgaver innen utdanning av helsepersonell og andre relevante faggrupper, utviklingsarbeid, forskning, epidemiologisk overvåking og statistikk, kvalitetssikring med vekt på metoder for egen kontroll og tilbakemelding. Flertallet i stortingskomiteen skrev i sin innstilling at et slikt senter vil kunne bli av stor verdi for de mange distrikt som har lang vei til sykehus, og for de nye store legevaktsdistriktene, hvor behovet for systematiske kompetansehevende tiltak er presserende, og komiteen ba departementet utvikle tiltaket videre.

En større utredning om et eventuelt senter ble sendt fra Bergensmiljøet i mai 2002 til Sosial- og helsedirektoratet. En rekke faglige aktører i legevaktfeltet støttet forslaget, og ga uttrykk for at et senter kunne bli en viktig bidragsyter i å heve faget sin status og kvalitet. Først flere år senere kom imidlertid det endelige vedtaket om å etablere av Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM).

#### *Visjon og mandat*

NKLM skal bidra til at legevaktfeltet følger den nødvendige faglige og organisatoriske utvikling, og medvirke til nasjonalt forbedringsarbeid og god kvalitet i tjenesten. NKLM har en «følge med»-rolle og et samfunnsoppdrag som sammenfattes i et mandat (tabell 1).

*Tabell 1: NKLMs mandat. Helsedirektoratet legger rammene for virksomheten gjennom bevilgning og dialogmøter.*

Bidra til nasjonal og internasjonal faglig utvikling innen fagfeltet
Etablere nødvendige nasjonale faglige standarder
Bidra til, og delta i, forskning innen fagfeltet
Etablere og kvalitetssikre registre innen fagfeltet
Sikre nasjonal kompetansebygging og spredning av kompetanse
Gi råd og faglig støtte til legevakter og kommuner om organisering og drift av legevakt
Delta i undervisning, både i grunn-, etter- og videreutdanning
Gi råd, høringssvar og utredninger til Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet

NKLM prøver å oppnå disse målene gjennom ulike virkemidler og en variert prosjektportefølje. Prosjektene og forskningen skal ha et anvendt siktemål, og ha kort vei fra idé, via rapportering og til anvendelse eller aksept i praksisfeltet. Noen prosjekter er langsiktige og faste, som Nasjonalt legevaktregister, Vaktårnprosjektet og Årsstatistikk for legevakt. Andre er kortsiktige og ad hoc-preget som svar på nye problemstillinger og aktuelle politiske forslag, eller oppdrag fra Helsedirektoratet eller Helse- og omsorgsdepartementet.

### *Organisering, lokaler og ledelse*

Selv om initiativet til NKLM kom fra det akademiske allmennmedisinnmiljøet ved universitetet, ble det bestemt at senteret rent juridisk skulle ligge under forskningsselskapet Uni Research AS, eid av Universitetet i Bergen, og som en enhet i avdelingen Uni Research Helse. Pengene kommer over statsbudsjettet hvert år, men det er Helsedirektoratet som legger rammene for virksomheten gjennom årlige tildelingsbrev og dialogmøter. Nå (2022) er NKLM et kunnskaps- og kompetansesenter i Avdelingen Helse og samfunn i forskningsselskapet NORCE Norwegian Research Centre AS.

Fra 1. august 2005 var sju tilsatte på plass i senteret, med totalt 4,3 årsverk. Det var lovet full drift fra 2007, men først i 2015 hadde NKLM budsjett til det vedtatte driftsomfanget på om lag 8 faste årsverk. Steinar Hunskaar var forskningsleder og senterleder ved NKLM fra starten og til høsten 2017 i ulike stillingsbrøker, kombinert med professorstilling ved

UiB. Da ble Jesper Blinkenberg tilsatt som ny forskningsleder, han har arbeidet ved NKLM siden starten.

NKLM fikk plass i Paviljongen sammen med Seksjon for allmennmedisin, med fem kontorer og et lite møterom (figur 1). I takt med ekspansjon i tallet på ansatte, ble det trangere og trangere i Paviljongen, men i 2016 fikk NKLM vesentlig bedre arbeidsforhold med mange nye kontorer. I august 2020 flyttet NKLM inn i nye Alrek helseklynge, sammen med resten av allmennmedisinmiljøet.

NKLM har vokst mye gjennom både fast tilsatte og prosjektstillinger. De siste årene har det vært ca. 30 personer i ulike stillingsbrøker ved senteret, med til sammen ca. 15 årsverk. Budsjettet over statsbudsjettet har vært 11–12 millioner kroner. I tillegg har det vært varierende prosjektfinansiering, slik at totalbudsjettet vanligvis har vært over 15 millioner kroner. Dette betyr at NKLM er et stort kompetansesenter i norsk målestokk, og en viktig satsing for norsk allmennmedisin og primærhelsetjenesten. I det følgende presenteres noen glimt fra NKLMs virksomhet. Årsmeldingene, som finnes på nettsidene, gir fylldig presentasjon av aktiviteter, prosjekter og publikasjoner.



*Figur 1: Stabsmøte ved NKLM i 2006. Fra venstre rundt bordet: Steinar Hunskaar, Signe Tønsaker, Gunnar Bondevik, Erik Zakariassen, Jesper Blinkenberg og Janecke Thesen. Foto: NKLM.*

## Handlingsplaner for legevakt og andre policydokumenter

Dokumentet ... *er hjelpe nærmast! Forslag til Nasjonal handlingsplan for legevakt, Handlingsplanen* i dagligtale, er uten tvil NKLM sitt viktigste og mest kjente produkt. Det var i 2008 at senteret fikk i oppdrag fra Helse- direktoratet å utarbeide et forslag til en handlingsplan for utvikling av legevakttjenesten i Norge. Planen, som ble levert til helseministeren og helse- direktøren i januar 2009, inneholder en lang rekke vurderinger, forslag til ny organisering og til et faglig løft for tjenesten. Et hovedpunkt var at sentrale krav til legevakt måtte forskriftsfestes, enten i egen forskrift eller som en utvidelse av forskrift om prehospitalet akuttmedisin. Hovedkonklusjonen i rapporten er godt kjent i legevaktmiljøet, nemlig at legevakttjenesten var «*ein naudetat i bakleksa*».

Handlingsplanen har vært førende for senere diskusjon, utredninger og endring av legevakttjenesten i Norge, og mange av enkeltforslagene er gjennomført. Revidert akuttmedisinforskrift fra 2015 har mange nye krav som har sitt utspring i Handlingsplanen. I ettertid kan det slås fast at dette dokumentet satte både faglig og politisk dagsorden for legevaktfeltet, men at NKLM nok var for utålmodige og optimistiske når det gjaldt å endre lovverk og den daglige driften i mange av de kommunale legevaktene.

En oppfølger av handlingsplanen kom i 2015 i form av utredningen *Nasjonale krav til legevakt og fremtidens ø-hjelp-tilbud i kommunene*. Utgangspunktet var en bestilling fra Regjeringens akuttutvalg sin utredning *Først og fremst*. Utvalget ga NKLM i oppdrag å komme med forslag til nasjonale krav, veiledende standarder, og komme med en omtale av akutttilbudet i kommunene i fremtiden. I motsetning til i Handlingsplanen la senteret denne gang mer vekt på funksjonskrav og tidskrav i form av responstider, avstandskrav og ulike former for målbare tjenestekrav. Mange av analysene og forslagene i rapporten ble tatt inn i Akuttutvalgets endelige utredning.

Som siste steg på NKLMs påvirkning av nasjonal politikk, var ansvaret for å utarbeide forslag til *Nasjonal veileder for legevakt og legevaktsentral*, som i 2019 ble utgitt av Helsedirektoratet. Den digitale veilederen skal være til hjelp for kommunene og legevaktene ved organisering, drift, ledelse og kvalitetsarbeid.

## Fagutvikling i legevaktmedisin:

### Resultater og produkter i daglig bruk

Legevaktfeltet har vært preget av mange gode krefter og enkeltpersoner som har drevet feltet framover. Med opprettelsen av NKLM kom det en mulighet for å samordne innsatsen for fag- og kvalitetsutvikling, få en kanal for

spredning av gode tiltak, samt at senteret selv kunne drive fagutvikling og forskning.

*Brukerundersøkelser på legevakt* er resultatet av et samarbeid med Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Det er laget papirbasert og digital løsning for å undersøke pasienters erfaringer i møte med legevakt. Senteret hjelper legevakter som ønsker å bruke skjemaet, og i 2008 ble den første nasjonale brukerundersøkelse på legevakt i Norge gjennomført.

I samarbeid med Norsk legevaktforum ble det i 2012 utformet forslag til *nasjonal legevaktuniformering*. Man utarbeidet forslag til legevaktuniform til ute- og innebruk, samt forslag til uniformering av legevaktbil. En ensartet bekledning medfører at legevaktens helsepersonell fremstår som en samlet og homogen gruppe, slik det er hos andre nødetater (figur 2). Uniformering er frivillig og opp til ledelsen for det enkelte legevaktdistrikt å innføre.

*Etikk i legevakt* er et studiehefte med teoristoff og en samling pasienthistorier om etisk utfordrende legevaktsituasjoner. Studieheftet var tenkt brukt ved interne seminarer, ved kurs og i relevante utdanninger. Det ble distribuert til mer enn 4000 personer, inkludert mange turnuslegekull, men er nå bare digitalt tilgjengelig.

#### *Beslutningsstøtte, faglitteratur, kursmater og e-læring*

NKLM har på eget initiativ og på oppfordring fra andre blitt en viktig aktør når det gjelder læremidler og kunnskapsstoff om legevakt for både grunn-

*Figur 2: Legevaktuniformer: Inneklær (til venstre) og utrykningsklær (til høyre). Uteuniformen er for at personell som rykker ut til sykebesøk og akutte hendelser/ulykker skal ha egnet arbeidstøy som innfrir vernebestemmelsene. Inne-uniformen skal benyttes av helsepersonell som tjenestegjør på legevaktmottak og legevaktsentral. Hensikten med arbeidstøyet er å hindre forurensning av privat tøy og redusere faren for spredning av infeksjoner, men skal også identifisere helsepersonellet overfor pasienter og andre. Legevaktuniformene er satt i produksjon av kommersielle leverandører og mange legevakter har tatt dem i bruk. Foto: Arngeir Berge, NKLM.*



utdanninger og videreutdanninger samt ansatte ved legevakt. Noen av produktene er blitt nødvendige hjelpemidler og er i daglig bruk ved de fleste legevakter og hos de fleste medarbeidere i legevakt og legevaktsentralene.

*Legevakthåndboken* ble opprinnelig gitt ut som papirbok, første gang i 1993, med nye papirutgaver i 1997 og 2005. Opprinnelige redaktører var Cecilie Arentz-Hansen og Kåre Moen. I 2010 var det behov for ny revisjon, og forlaget Gyldendal Akademisk kontaktet da senteret for bidrag til det faglige innholdet. Ingrid Hjulstad Johansen og Jesper Blinkenberg fra NKLM tok da over som redaktører og ansvarlig for oppdateringer.

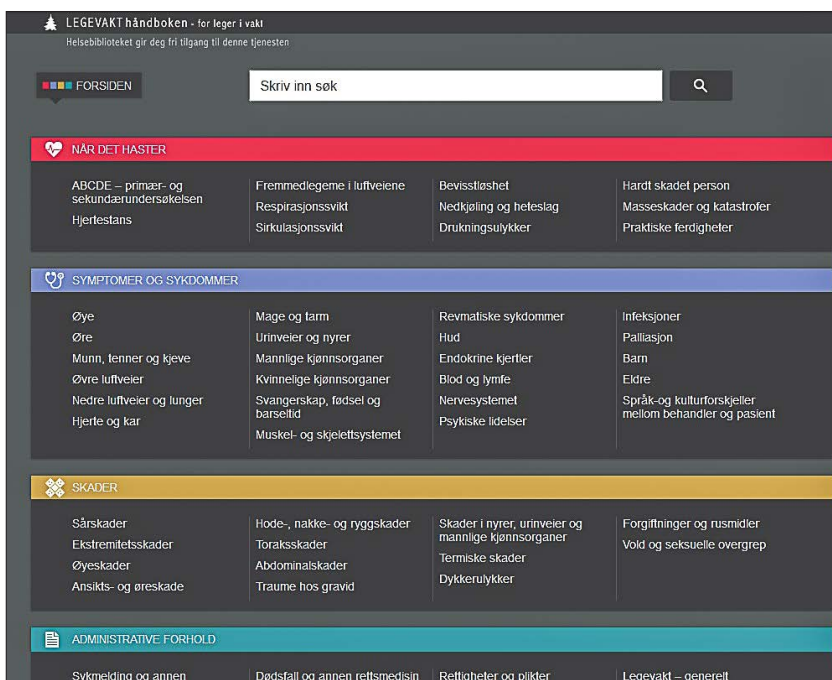
*Legevakthåndboken* er tilgjengelig via [www.helsebiblioteket.no](http://www.helsebiblioteket.no) og direkte på [www.lvh.no](http://www.lvh.no). Gyldendal Akademisk er utgiver og Helsebiblioteket sørger for at alt er gratis. Boken er også laget som en offline applikasjon («app») for smarttelefon og nettbrett (figur 3). Appen har blitt lastet ned over 100 000 ganger, og nettsidene ble besøkt mer enn to millioner ganger i løpet av 2021.

*Legevaktindeks – Beslutningsstøtte for legevakthenvendelser* er et beslutningsstøtteverktøy laget spesielt for håndtering av pasienthenvendelser ved legevakter og legekontorer. Legevaktindeks er fritt tilgjengelig på [www.legevaktindeks.no](http://www.legevaktindeks.no). Legevaktindeks skal bidra til å sikre best mulig faglig praksis ved at pasientene får en ensartet vurdering og prioritering av henvendelsen, riktig fastsetting av respons og tiltak samt hjelp til egenomsorg.

*Legevaktarbeid. En innføringsbok for leger og sykepleiere* ble utgitt i 2016 som den første fag- og læreboken på norsk om legevakt, med Elisabeth Holm Hansen og Steinar Hunskår som redaktører. Den gir en omfattende og systematisk gjennomgang av legevaktens organisering, drift og yrkesutøvelse. Boken er spesielt tilrettelagt for sykepleiere som arbeider i legevakt og legevaktsentral, for legevaktleger, for utdanningskandidater i allmennmedisin og for studenter i sykepleie og medisin. Den kom i ny og revidert utgave i 2020.

*Nettkurs* er blitt en viktig produktgruppe for NKLM. Den nye akuttmedisinforskriften (2015) innførte kurskrav til leger og andre ansatte i legevaktjenesten. Fra 2021 skal alle ha gjennomgått kurs i både akuttmedisin og vold og overgrep. NKLM fikk høsten 2015 i oppdrag fra Helsedirektoratet å lage disse kursene, og det ble opprettet en egen læringsportal *Oppvakt – Opplering på legevakt* ([oppvakt.no](http://oppvakt.no)). Mer enn 10 000 personer har tatt akuttmedisinkurset og over 5000 har fullført kurset om vold og overgrep. Kursutdanningen knyttet til akuttmedisinforskriften er trolig en av de største satsingene på kompetanseheving i primærhelsetjenesten i Norge noen gang. De totale kostnadene med gjennomføringen er beregnet til over 150 millioner kroner.





Figur 3: Legevakthåndboken er blitt en stor suksess på app og nett. Her skjermdump fra lvh.no.

## Forskning og statistikk

Det er et overordnet mål at NKLMs aktiviteter skal bidra til nasjonal og internasjonal fagutvikling, ved at aktivitetene i størst mulig grad skal være kunnskaps- og forskningsbaserte. Forsknings- og veiledningskompetanse hos de tilsatte er derfor en viktig målsetting. Nye prosjekter vektlegger forskningsmessig kvalitet og overførbarhet av resultatene. Det er et mål å presentere prosjekter og vitenskapelige resultater i form av nasjonale og internasjonale publikasjoner og på internasjonale kongresser. I årene 2005–2021 kom det om lag 75 rapporter og om lag 250 originalartikler og andre publikasjoner fra forfattere tilknyttet senteret. Åtte doktorgrader har også utgått fra NKLM i samme tidsrom.

Det finnes fortsatt i 2022 ingen fast offentlig registrering eller noe nasjonalt lovpålagt register av organisasjonsformer eller driftsdata fra legevakt, verken når det gjelder tallet på kontakter, hvem som henvender seg, hastegrad eller hvilke tiltak som blir satt i verk. Det mangler fortsatt data om samhandling og forløpsdata i den akuttmedisinske kjeden, noe som er etterlyst både av fagfolk og Helsedirektoratet gjennom mange år. NKLM skal

blant annet bidra til offentlig statistikk, overvåke utviklingstrekk og drive forskning. Senteret har derfor lagt stor vekt på prosjektbasert innsamling av data om organisering og aktivitet i legevakt.

*Nasjonalt legevaktregister* har fra 2005 samlet inn data om legevaktene, legevakt-distriktene og legevakt-sentralene med opplysninger om organisering, bemanning og utstyr. Registeret skal gi grunnlag for offentlig statistikk og rapportering, men også gi senteret innsyn i legevaktorganiseringen i landet. Spørreskjema sendes jevnlig til alle legevaktene, sist i 2020. Legevaktregisteret har vært et viktig utgangspunkt for forskning i form av en rekke rapporter og artikler, og det har vært mange mediaoppslag. Generelt viser dataene fra Nasjonalt legevaktregister at det er store variasjoner i hvordan legevaktene i Norge er organisert og bemannet.

*Vaktårnprosjektet* har siden 2007 samlet epidemiologiske data fra sju representative legevakter i Norge. Registreringen gjelder alle kontakter med medisinsk relevans, og har variabler om kontakten, pasienten, hastegrad og tiltak, men ikke diagnoser. Ut over de årlige registreringsrapportene, har Vaktårnprosjektet generert en rekke vitenskapelige artikler som har blitt publisert i internasjonale tidsskrifter.

*Årsstatistikk – regningskort fra legevakt* er bearbeiding av data basert på regningskort som legene sender inn fra legevakt. Data er brukt til mange publikasjoner, eksempelvis analyser av vaktlegers arbeidsstil, fastlegers deltagelse og ulike kliniske problemstillinger.

*Pilot legevakt* er et stort følgeforskningsprosjekt som NKLM utfører på oppdrag fra Helsedirektoratet i årene 2018–2022. Prosjektet går ut på å prøve ut nye arbeidsformer, blant annet med videokonsultasjoner, og å opprette legevaktstasjoner uten lege i områder langt fra hovedlegevaktene i Førde og Molde.

I tillegg til de omtalte prosjektene er NKLM hvert år involvert i mange små og store forskningsprosjekter.

## **NKLM og universitetet**

Legevakt og prehospital akuttmedisin er et forskningssvakt område med få fagmiljøer. NKLM arbeider nært med universitetsmiljøet i allmennmedisin i Bergen gjennom prosjekter, veiledere og stipendiater. Til enhver tid har 4–7 doktorgradsstipendiater vært tilknyttet NKLM på ulikt hvis de siste årene.

Noen ansatte ved NKLM har hatt kombinert stilling ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin og Fagområde for allmennmedisin. Gunnar T. Bondevik, Steinar Hunskår og Erik Zakariassen har lenge hatt professorstilling ved UiB, og nylig har Ingrid Keilegavlen Rebnord fått førsteamanuensisstilling. Dette betyr at NKLM også kan stille med hovedveileder fra egne rekker til doktorgradsprosjekter.

Både Allmenntmedisinsk forskningsfond (AMFF) i Legeforeningen, Stiftelsen norsk luftambulans og andre har finansiert stipendiatstillinger innen legevaktmedisin. NKLM har vært involvert i et flertall av de norske forskningspublikasjonene og doktorgradene innen legevaktfeltet det siste tiåret, enten med medforfattere eller veileder.

### Internasjonalt arbeid og kontaktnett

Det er ikke så mange land som organiserer legevaktjenesten slik som Norge. Likevel har NKLM gjennom årene flittig reist på studiereiser til andre europeiske land for å lære og å få impulser (figur 4).

*European research network for out-of-hours primary health care (EurOOH-net)* er et europeisk forskningsnettverk innen legevaktmedisin som ble dannet i 2010. For tiden er det tolv europeiske land som samarbeider i forskernettverket. Flere forskningsprosjekt er gjennomført i nettverket. Nettverket arrangerer en årlig konferanse, som i 2022 skal være i Bergen.

*HAPPY PATIENT* er det første EU-prosjektet som NKLM deltar i. Senteret leder fra 2021 en arbeidspakke om retningslinjer for riktig antibiotikabruk på legevakter i Frankrike, Spania, Hellas, Polen og Litauen.



*Figur 4: NKLM på studietur til Island sommeren 2015 for å studere legevaktorganisering, beredskapsorganisering og overgrepsmottaket i landet. Her er deltakerne samlet ved det gamle islandske alltingstedet Þingvellir. Fra venstre: Steinar Hunskår, Klaus Melf, Grethe Johnsen, Gunnar Tschudi Bondevik, Ingrid Keilegavlen Rebnord, Jesper Blinkenberg (bak), Signe M. Zachariassen, Jorun Seim Tennebekk, Erik Zakariassen (delvis skjult bak), Knut Steen, Kjersti Alsaker, Helle Nesvold, Gro Flatøy (bak), Janecke Thesen, Silje Furu, Tone Morken, Vivian Midtbø, Robert Burman, Marie L. Ljones og Arngeir Berge. Foto: Arngeir Berge. NKLM.*

## Overgrepsmottak

NKLM har siden 2008 hatt ansvaret for kompetanseoppbygging, fagutvikling og forskning knyttet til fagfeltet overgrepsmottak. Målet var at denne helsetjenesten skulle styrkes gjennom stimuleringsmidler, etablerte overgrepsmottak skulle videreutvikles, og nye mottak skulle etableres slik at det ble minst ett overgrepsmottak i hvert fylke.

Senterets arbeid har vært konsentrert om medisinske, psykologiske og rettsmedisinske forhold. Det ble utviklet grunnkurs, der målet var å gi grunnleggende kunnskap innen akutt behandling og sporsikring. Deretter ble kursrekken videreutviklet med kurs innen klinisk rettsmedisin, fotodokumentasjon og vold i nære relasjoner. Gjennom årene har mer enn 1500 medarbeidere ved overgrepsmottakene gått på ulike kurs i senterets regi. Gjennom årlige lederseminar blir overgrepsmottakene godt kjent med hverandre og fått til mange felles prosesser. Det er også utviklet nettsider med mye hjelp til det praktiske arbeidet i mottakene.

## Oppsummering: Mange år i legevaktens tjeneste

NKLMs festskrift fra 2015 hadde tittelen *Ti år i legevaktens tjeneste*, og ga et inntrykk av at senteret hadde utviklet seg til et velfungerende og relativt stort kompetansemiljø som tjenestene og myndighetene hadde stor respekt for og nytte av. Helse direktør Bjørn Guldvog ga uttrykk for at man var fornøyd med driften av NKLM (figur 5). Årene som har gått har befestet inntrykket av NKLM som en stor og kraftfull institusjon til beste for legevakt og norsk primærhelsetjeneste.

## Litteratur

1. Bærøe K, Norheim OF. *Ettikk i legevaktarbeid. Et studiehefte fra Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin*. Rapport nr. 6- 2010. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni helse, 2010.
2. Hansen EH, Hunskaar S (red.). *Legevaktarbeid. En innføringsbok for leger og sykepleiere*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2020.
3. Hansen EH, Hunskaar S. Development, implementation, and pilot study of a sentinel network («The Watchtowers») for monitoring emergency primary health care activity in Norway. *BMC Health Serv Res* 2008; 8: 62.
4. Hunskaar S, Blinkenberg J, Bondevik GT et al. *Nasjonale krav til legevakt og fremtidens øyeblikkelig hjelp-tilbud i kommunene. Oppdrag fra Akuttutvalget*. Rapport nr. 7-2014. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse, 2014.
5. Hunskaar S, Sandvik H. *Legevaktens historie. Frå barberkirurg til digital vaktlege*. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, NORCE Norwegian Research Centre, 2018.
6. NKLM. ... er hjelpa nærmost! *Forslag til Nasjonal handlingsplan for legevakt*. Rapport nr. 1-2009. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Unifob helse, 2009.

## – Ti år som akuttmedisinsk bærebjelke



**GRATULERER!** Helsedirektør Bjørn Guldvog gratulerer forskningsleder Steinar Hunskaar ved Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin.

Helsedirektør Bjørn Guldvog karakteriserte Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM) som en viktig bærebjelke i akuttmedisin da senteret markerte sitt 10-årsjubileum.

**BERGEN:** Bjørn Guldvog gratulerte jubelant på vegne av Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet.

– NKLM har vært en tydelig stemme – både pågående og utålmodig – og dette har gitt gode resultater. Dere bidrar til at legevaktstjenesten blir en del av primærhelsetjenesten. Vi får nå bedre oversikt over legevaktstjenesten, hilste helsedirektøren.

### «Pådriver»

– Senteret har satt legevaktmedisin på dagsordenen og vært en viktig pådriver for å få forskriftsfestet kvalitetskrav ved norsk legevakt, la Guldvog til overfor Dagens Medisin.

Forskningsleder Steinar Hunskaar ved Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin oppsummerer de ti første årene til kompetansesenteret slik: – Vi er ikke fremme, men vi er på god vei. Det har skjedd masse positivt på feltet, blant annet har det skjedd en profesjonalisering av kompetanse og utstyr, i tillegg har vi fått ny akutforskrift.

### «Må frem i køen»

– Vi er utålmodige, og fortsatt må mange felt styrkes, som kortere responstider, formalisering av sys-

tem for vaktleger og bedring av økonomiske rammevilkår, tilføyer Hunskaar.

– Legevaktmedisin er et forskningsvakt område og havner ofte bakerst i køen. Senteret har gjort en viktig jobb for å løfte legevaktmedisin frem i lyset og vært en viktig leverandør av kunnskap, sier president Marit Hermansen i Legeforeningen.

**Kristine Askvik**  
redaksjonen@dagensmedisin.no

**Fortsatt må mange felt styrkes, som kortere responstider, formalisering av system for vaktleger og bedring av økonomiske rammevilkår**

**Steinar Hunskaar**, leder av forskningen ved Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin

Figur 5: Helsedirektør Bjørn Guldvog hilste NKLM ved tiårsjubileet. Faksimile av oppslag i Dagens Medisin 10. september 2015.

7. NKLM. *Ti år i legevaktens tjeneste. Nklm 2005–2015*. Rapport nr. 6-2015. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse, 2015.
8. Norges offentlige utredninger. *Først og fremst – Et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus*. NOU 2015: 17.
9. Rebnord IK, Morken T, Maartmann-Moe K, Hunskaar S. Out-of-hours workload among Norwegian general practitioners – an observational study. *BMC Health Serv Res* 2020; 20, 944.
10. Sandvik H, Hunskaar S, Blinkenberg J. *Årsstatistikk fra legevakt 2020*. Rapport nr. 2-2021. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, NORCE Norwegian Research Centre, 2021.
11. Sandvik H, Hunskaar S. Arbeidsstil hos fastleger og andre leger på legevakt. *Tidsskr Nor Legeforen* 2010; 130: 135-8.

## 11.7 Allmennmedisinsk forskningsenhet (AFE) i Bergen (2006)

*Michael 2022; 19: Supplement 29, 373–8.*

*Fire allmennmedisinske forskningsenheter ble opprettet av Helse- og omsorgsdepartementet i 2006 med en oppstartbevilgning, og det har kommet penger på det ordinære statsbudsjettet fra 2007. Dette skjedde etter lengre tids forarbeid fra de allmennmedisinske forskningsmiljøene ved de fire medisinske fakultetene og Legeforeningen. Modell for AFEne var de danske allmennmedisinske forskningsenhetene. AFEne får en liten rammefinansiering over statsbudsjettet kanalisert gjennom Helsedirektoratet, men skal ellers skaffe seg forskningsmidler ved prosjektfinansiering. Formålet med AFEne er å styrke allmennmedisinsk forskning utover det som de tradisjonelle universitetsmiljøene har stått for. Om formålet skriver Helse- og omsorgsdepartementet at enhetene skal styrke kunnskapsgrunnlaget i praktisk utøvende allmennmedisin og derigjennom kvaliteten på allmennlegetjenestene. Enhetene skal i tillegg til forskning drive formidlingsaktivitet. Det stilles krav til tverrfaglig samarbeid og samarbeid med andre forsknings- og kompetansmiljøer. Enhetene skal understøtte arbeidet ned nytt nasjonalt system for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i fastlegeordningen og øvrig allmennlegetjeneste.*

I Bergen ble Guri Rørtveit spurt om å lede arbeidet med å etablere forskningsenheten. I motsetning til de andre AFEne, som ble lagt under sine moderinstitutt ved universitetet, ble AFE Bergen lagt til Unifob helse (senere Uni Research helse, nå NORCE helse og samfunn). Grunnen var at Unifob den gang var et redskap for Universitetet i Bergen for å håndtere den eksternt finansierte porteføljen.

### **Folk**

Rørtveit hadde i starten 50% stilling som forskningsleder og fikk snart med seg Sabine Ruths i 50%, begge kom fra universitetsstillinger. Flere stipen-



*Figur 1: Markering av AFE Bergen sitt 10-års-jubileum på Solstrand i 2016. Fra venstre: Nina Lunde, Anette Fosse, Frøydis Gullbrå, Kristina Iden, Norman Anderssen, Aase Aamland, Erik Werner, Inger Haukenes, Kirsti Malterud, Torgeir Gilje Lid, Kristian Simonsen, Sabine Ruths, Guri Rørtveit og Kristian Jansen. Foto: AFE Bergen.*

diater og ikke minst nestoren Kirsti Malterud ble også tilknyttet. Etter hvert som stipendiatene disputerte, ble flere av dem ansatt som forskere ved enheten, for eksempel Erik Werner, Knut-Arne Wensaas og senere Stein Nilsen og Sverre Litlekare. Variasjon i utdanningsbakgrunn og innfallsvinkler ble sikret da professor i psykologi (senere dekan ved Det psykologiske fakultet) Norman Andersen og fysioterapeut Silje Mæland ble ansatt i bistillinger, mens Inger Haukenes (fysioterapeut med hovedfag i filosofi) ble ansatt som forsker i 50% fast stilling. Fra den spede starten i 2006 har AFE i 2021 21 ansatte i ulike stillingskategorier og -brøker og i tillegg er 10 personer faglig tilknyttet uten ansettelse (figur 1).

Rørtveit ledet AFE Bergen i nesten 10 år, til hun ble ansatt som instituttleder ved IGS/UiB i 2016. Ruths overtok, men da hun sluttet som leder i 2018, viste det seg vanskelig å rekruttere ny leder med kapasitet, allmennmedisinsk kompetanse og forskningserfaring på feltet. Haukenes tok på seg oppgaven en periode, før Nilsen tok over i 1 år, inntil det lyktes å rekruttere Priyanthi Gjerde til jobben i koronaåret 2020.

## Organisering og rekruttering

På grunn av organiseringen i instituttsektoren hadde AFE Bergen potensial til å bli enten et inspirerende tilskudd eller en utarmende konkurrent i et ikke altfor stort allmennt medisinsk bergensk forskningsmiljø. Dette er en vedvarende balansegang, særlig etter at Uni Research i 2018 fusjonerte med fire andre institusjoner til NORCE, og Universitet i Bergen sin eierandel ble kraftig redusert.

Et viktig bidrag fra nykommeren har hele tiden vært muligheten til å ansette fastleger i mindre stipendiatstillinger som kunne økes opp eller reduseres etter svingningene stipendiaten hadde behov for i sin kliniske stilling. Dermed ble AFE i Unifob/Uni en betydelig rekrutteringsressurs for hele forskningsmiljøet, ettersom universitetssystemet ikke er innrettet like fleksibelt. Sammen med mulighet og vilje til å ansette fastlege-stipendiater fra et større geografisk område, ble AFE Bergen et fleksibelt hjem for mange fastleger som ønsket å drive forskning og klinisk praksis parallelt. Økte krav og vansker med å skaffe vikarer for fastleger ble imidlertid et økende problem utover i perioden ettersom fastlegeordningen ble mer og mer presset.

Behovet for en kritisk masse av forskere ansatt og med hovedstilling i Bergen har vært en utfordring. Forskning er i sin natur ikke så godt egnet for desentralisert virksomhet, selv om praksisfeltet er det, og forskning på hjemmekontoret kan gå på bekostning av kvalitetskravene. AFE Bergen iverksatte tidlig kompensierende tiltak for å ivareta også stipendiater i deltidstillinger og med hjemmekontor langt unna forskningsmiljøet gjennom reisestøtte til å delta i møter og mange tilbud om å presentere prosjektene sine i forskningsmiljøet. På lengre sikt var det viktig å ansette flere forskere og stipendiater med tilhold i Bergensområdet, og dette har lyktes.

## Ph.d.-kandidater og publikasjoner

Alle doktorgradskandidater som har vært ansatt eller hatt faglig tilhørighet i AFE Bergen, har disputert ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin, UiB. Til sammen frem til og med 2021 dreier dette seg om 16 ph.d.-kandidater der AFE-forskere har stått for betydelig andel av veiledningen. I tillegg er syv ph.d.-kandidater ansatt eller tilknyttet AFE i dag.

Et annet viktig mål for forskningsproduktivitet er vitenskapelige artikler. I perioden 2007–2021 var AFE-forskere involvert i 290 artikler, i tillegg til en lang rekke kronikker, bokkapitler og andre typer publikasjoner. Det er stor grad av overlapping i publikasjoner mellom AFE og Fagområde for allmennt medisin ved Universitet i Bergen.

I departementets beregning over forskningspoeng for perioden 2018–2020 er AFE Bergen den mestproduserende av de fire AFENE. Forsknings-



poeng omfatter publikasjonspoeng, poeng for doktorgrader og poeng for tildeling av ekstern finansiering fra NFR.

## Forskning

I de første årene bygget forskningen videre på etablerte temaer og metoder som forskerne brakte inn i AFE, særlig innen eldre- og sykehjemsmedisin (Ruths), kvinnehelse (Rørtveit), infeksjoner i primærhelsetjenesten (Rørtveit og etter hvert Wensaas og Litleskare) og forskning på marginaliserte grupper og sykdommer (Malterud og Werner). Etter hvert som AFE modnet og vokste seg større, ble helse og helsetjenester blant sårbare grupper en fellesnevner for stadig flere prosjekter, for eksempel «Barn som pårørende i fastlegetenesta», finansiert av Forskningsrådet og Helse Vest, og gjennomført i samarbeid med RKBU Vest med Marit Hafting som prosjektleder. Et annet eksempel er prosjektet «The regular general practitioner scheme: integrated and equitable pathways of depression care, facilitating work participation» med Ruths som prosjektleder, finansiert av Forskningsrådet. Prosjektet involverer mange seniorforskere ved både AFE og UiB og hele fem ph.d.-kandidater. Den andre store tematiske satsingen er infeksjoner i primærhelsetjenesten, som utføres i samarbeid mellom AFE og Fagområde for allmennmedisin ved UiB (omtalt annet sted i boken). Dermed har forskningen i AFE gjennom 15 år utviklet seg fra de tusen blomster til noen få dedikerte og større satsingsområder.

## Finansiering

Rammefinansiering over statsbudsjettet var ment som en sentral del av finansieringen ved oppstarten i 2006. Argumentet var at Helse- og omsorgsdepartementet finansierer en betydelig del av forskningen i spesialisthelsetjenesten, og burde ta ansvar for forskning også i primærhelsetjenesten. I forarbeidene fra Helsedirektoratet var det skissert at det kunne bli aktuelt med opptrapping til ca. 40 millioner NOK til hver av de fire AFENE. I 2006 fikk AFE Bergen 750.000 NOK i basisbevilgning. Dette økte gradvis til 4,4 millioner NOK i 2017. Siden har finansieringen blitt gradvis redusert, ned til litt over 4,1 millioner i 2021. Fra 2022 skal en liten del av budsjettet (2%) underlegges resultatbasert omfordeling mellom et titalls forsknings- og kompetansesentre.

«Satsingen» på allmennmedisinsk forskning fra helsemyndighetenes side har altså ikke blitt som forventet, faktisk går dette nå i feil retning. I stedet har AFE Bergen satset på ekstern finansiering, og bidrag fra Forskningsrådet, Allmennmedisinsk forskningsfond og andre kilder var i 2020 ca. 8,4 millioner NOK, altså om lag dobbelt så mye som basisfinansieringen.



*Figur 2: Helse- og omsorgsminister Bent Høie besøker AFE Bergen i 2014 i Paviljongen i Kalfarveien 31. Fra venstre: Helseminister Bent Høie, forsker Knut-Arne Wensaas og daværende forskningsleder Guri Rørtveit. Foto: Rune Rolvsjord.*

«Kritisk masse» er et kjent begrep for AFE Bergen – det er nødvendig å være mange nok til å kunne sette i gang større prosjekter. Arbeidet med å skaffe stor nok rammefinansiering har vært en konstant kamp, og lobbyvirksomhet har vært nødvendig. I 2014 klarte vi å «lokke» helseminister Bent Høie til Bergen for å få høre om forskningen vår (figur 2). Det førte ikke til større bevilgninger, men var nyttig likevel!

### **Samarbeid**

Relasjonen til UiB-miljøet har hele tiden vært en viktig sak for AFE. Det er viktig å beholde og forsterke de faglige båndene til UiB, Fagområde for allmennmedisin (FAM), gjennom strategisk delte stillinger, bistillinger og fellespublikasjoner, felles prosjekter og felles stipendiater.

AFE Bergen har videre hatt et tett samarbeid med de tre andre AFENE i Norge, både om høringsuttalelser, lobbyvirksomhet for større forskningsmidler og annet. Rent forskningssamarbeid har det vært noe mindre av, men deltagelse i QUALICOPC-studien (Quality and costs of primary care in Europe) er et godt eksempel på dette. To store og langsiktige fellesprosjekt er viktige for AFE: Nasjonal forskerskole i allmennmedisin – NAFALM og infrastrukturen PraksisNett (se egen omtale).

Videre har AFE et bredt samarbeid med andre forskningsmiljøer i NORCE, Folkehelseinstituttet og utenlandske institusjoner i København, Bristol, Groningen og andre.

### **Litteratur**

Allmennedisinsk forskningsenhet. <https://www.norceresearch.no/allmennedisinsk-forskningsenhet>

Årsmeldinger for AFE Bergen. <https://www.norceresearch.no/allmennedisinsk-forskningsenhet/arsmeldinger-fra-afe-bergen>

## 11.8 Senter for kvalitet i legetjenester (SKIL) – Fra idé til sentral nasjonal aktør i kvalitetsarbeidet (2014)

*Michael 2022; 19: Supplement 29, 379–86.*

*Senter for kvalitet i legekontor (SKIL) ble etablert av Legeforeningen i 2014. Senterets formål er å tilby verktøy for kvalitetsarbeid og opplæring i disse til norske legekontor. Både fastlegekontor og kontorene til privatpraktiserende spesialister er i målgruppen. Senteret ble i starten finansiert gjennom avsetninger i legeforeningens Fond for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Fra 2022 er SKIL sikret videre drift gjennom tilskudd over statsbudsjettet. SKIL går da også fra å være et aksjeselskap til å bli en stiftelse, og skiftet navn til Senter for kvalitet i legetjenester, med samme forkortelse. Nicolas Øyane, fastlege i Bergen og med ph.d.-grad i allmennmedisin, har vært tilsatt som leder av SKIL siden starten. Her forteller han historien om senteret.*

SKIL ble lagt til Bergen etter en konkurranse om hvem som hadde de beste forutsetninger for å oppfylle det planlagte senterets formål og målsettinger. Et samlet allmennmedisinsk akademisk miljø i Bergen gikk sammen om søknaden som vant frem hos oppdragsgiverne.

### **Bakgrunnen: Hvorfor et SKIL?**

Det såkalte SAK-prosjektet i Legeforeningen (Senter for allmennmedisinsk kvalitet, 2010–12) hadde forberedt et nasjonalt kompetansesenter for allmennmedisinsk kvalitetsutvikling og pasientsikkerhet gjennom utvikling og utprøving av verktøy og metoder. Dette var igjen en oppfølging av Legeforeningens statusrapport 2009 *Tillit – Trygghet – Tilgjengelighet*. Som ledd i styrking av allmennmedisin og fastlegeordning frem mot år 2020 ble opprettelse av et slikt senter et mål. Legeforeningen besluttet i november 2013 å opprette et slikt senter med omdisponerte midler fra Fond for kvalitetsarbeid og pasientsikkerhet.

SKIL ble formelt opprettet som aksjeselskap i januar 2014 etter vedtak i legeföreningens sentralstyre november 2013, og Marit Hermansen (Norsk selskap for allmennmedisin) ble leder i styret. SKIL AS fikk disse eierne: Den norske legeförening 26%, Norsk forening for allmennmedisin 26%, Allmennlegeföreningen 26%, Norsk samfunnsmedisinsk forening 11% og Privatpraktiserende legers landsforening 11%. SKIL skulle stå utenfor legeföreningens ordinære organer, og ha et eget styre og et separat sekretariat. Legeföreningen ønsket at senteret skulle bygges opp i et miljø med god allmennmedisinsk forankring og god forskningskompetanse. Selskapets styre skulle senere ta standpunkt til lokaliseringen. Navneendringen fra «SAK» skyldtes at dette samtidig var betegnelsen på Statens autorisasjonskontor for helsepersonell, og forvekslinger ville unngås.

### **Konkurransen om å bli vertsmiljø for SKIL: Seier til Bergen!**

Allerede ved årsskiftet 2013/2014 inviterte interimsstyret i SKIL til konkurranse blant organisasjoner og akademiske miljøer knyttet til allmennmedisin med tanke på å finne et vertsmiljø med allmennmedisinsk og vitenskapelig kompetanse. Søknadsfristen var i februar 2014. Søknaden gjeldt ikke penger, men de faglige forutsetningene. Følgende forhold skulle vektlegges:

- Mulighet for samarbeid om forskningsmessig evaluering.
- Kontaktflate med allmennmedisinsk praksisfelt.
- Kompetanse i tilrettelegging og uttrekk av data fra pasientjournaler og tilgang til databasekompetanse.
- Interesse for og erfaring med pedagogisk arbeid i grupper.
- Vertsorganisasjonens samarbeidsrelasjoner og samarbeidserfaringer utad, dens forventninger til samarbeid med SKIL, samt vertsorganisasjonens evne til innovasjon og kreativitet.

I tillegg skulle søknaden inneholde opplysninger om rammebetingelsene for etablering i form av mulige arealer, tilgang til kompetente medarbeidere og synergieffekter i et større faglig miljø.

De samlede allmennmedisinske fag- og forskningsmiljøene i Bergen hadde et sterkt ønske om å være vertsorganisasjon for SKIL. Oppbyggingen av Noklus, NKLM og AFE hadde vist at allmennmedisinnmiljøet i Bergen evnet å ta på seg store nasjonale oppdrag med suksess. En søkerkomite ble raskt etablert og disse utarbeidet søknaden. Gruppen besto av lederne i Forskningsgruppe for allmennmedisin (ALFO), Faggruppe for allmennmedisin (ALFA), Norsk kvalitetsforbedring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus (Noklus), Allmennmedisinsk forskningsenhet (AFE) og Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM). Alle var professorer

i allmennmedisin: Sverre Sandberg (Noklus), Bjørn Bjorvatn (ALFO), Sabine Ruths (ALFA), Guri Rørtveit (AFE) og Steinar Hunskaar (NKLM).

Tre miljøer konkurrerte om lokaliseringen, men styret mente søknaden fra Bergen var den beste. Dette skyldes flere forhold, blant annet at Bergen hadde et godt allmennmedisinsk forsknings- og undervisningsmiljø, samt at Noklus allerede var lokalisert til Bergen. Sistnevnte hadde allerede kontakt med mange legekantor, og mange synergieffekter kunne derfor oppnås.

### **Etablering i SMU-bygget på Haraldsplass sammen med Noklus**

Jeg ble invitert til en samtale med fire professorer ved det allmennmedisinske forskningsmiljøet sommeren 2014 og oppfordret til å søke lederstilling for SKIL. Jeg fikk senere tilbud om stillingen, og ble ansatt fra januar 2015.

SKIL flyttet da inn sammen med Noklus i SMU-bygget ved Haraldsplass Diakonale Sykehus. I starten arbeidet jeg og en administrasjonskonsulent i til sammen ett årsverk. Det ble tidlig opprettet en referansegruppe med representanter fra Legeforeningen, UiB, Noklus og Bergen kommune. Da vi startet opp hadde knapt noen fastleger hørt om SKIL, og opplysningsarbeid til legekantorene og testing av verktøy for kvalitetsforbedring var første målsetning.

### **De første prosjektene**

Basert på tidligere kvalitetsprosjekter i regi av blant annet Legeforeningen, testet vi ut en modell som bygget på refleksjon rundt data fra egen praksis i kollegagrupper. Før møtene skulle deltakerne få kunnskapsoppdatering med e-læringskurs. Etter råd fra kolleger i Danmark startet vi med et avgrenset tema, som var legemiddelgjennomgang. For å kunne teste ut forbedringer i praksis laget vi et klinisk emnekurs bestående av tre møter spredt i tid over totalt ca. 8 måneder. Bakgrunnen for valget var betydningen for pasientsikkerhet, unngå skadelig behandling, samt at legemiddelgjennomgang ble ansett å være et viktig kvalitetshevende tiltak.

I utviklingen av den faglige delen av temaet ble det etablert samarbeid med både Statens legemiddelverk, UiB, NTNU og Noklus. For SKIL har det siden også vært viktig å involvere fagmiljøer bredt, da vi utvikler nasjonale tilbud. Det ble utviklet et indikatorsett som ble tilgjengeliggjort for legene med programvaren Medrave 4.

### **Utvikling av systemer og oppbygging av organisasjonen**

Høsten 2015 startet første gruppe med fire legekantor i Bergen, bestående av totalt 17 leger. Det ble rekruttert en lokal kollega til å veilede gruppene. Det viste seg raskt at refleksjon i kollegagrupper var det viktigste for kol-

legene. Samtidig var det tydelig forbedringspotensial. Mye var uoversiktlig for deltakerne, da de måtte forholde seg til ulike systemer for å gjennomføre kvalitetspakken. E-læringskursene ble publiserte på Legeforeningens kursportal og datarapporter ble skrevet ut med Medrave 4. I tillegg måtte deltakerne fylle ut to skjema på papir, ett skjema for å planlegge kvalitetsarbeidet og ett evalueringsskjema. Innkalling til møtene foregikk på epost. Flere etterlyste en tydeligere struktur og agenda for møtene. Det var også tidkrevende administrasjon rundt møteorganisering og oppdatering av kurs.

SKILs stab ble derfor utvidet med tre nye deltidsansatte i 2016, en IT-utvikler, en veilederkoordinator og en fagrådgiver. Vi etablerte onlineportalen *SKIL ePortal* for å holde oversikt over deltakere. Dette ble etter hvert videreutviklet til å bli et sentralt styringsverktøy for både leger, legekontor, kommuner og SKIL. SKIL ePortal omfatter i dag ut alle ledd i kvalitetspakken, inkludert systemer for påmelding, møteorganisering, arbeidslogg, evalueringsskjema, publisering av e-læringskurs samt produksjon av kursbevis. Nå kunne vi følge både fremdrift og tilbakemelding fra deltakerne i sanntid. Gjennom pålogging med helse-ID er det også mulig å gå direkte til aktuell statistikk fra ulike registre for legen.

For alle deltakerne er det to nødvendige oppgaver i SKIL ePortal; e-læringskurs og arbeidsark. Arbeidsarket benyttes på møtene og inneholder kjøreplan, refleksjonsoppgaver og evalueringsskjema. Det leveres anonymt, men må leveres for å få møtene godkjente og motta kurspoeng. Arbeidsarket har vært verdifullt for SKIL, både for å utbedre kvalitetspakkene og få innsikt i kvalitetsarbeidet på legekontoret på en ny måte. To artikler er per 2021 publisert på data fra arbeidsarkene, og flere er under utarbeidelse. I 2017 ble SKIL tildelt Legeforeningens Kvalitetspris for vår modell for kvalitetsarbeid (figur 1).

## **Kommunalt og statlig samarbeid**

En utfordring vi møtte raskt var behov for ledelse av kvalitetsarbeidet for å oppnå kontinuerlig forbedring over tid. I tillegg er mye av kvalitetsarbeidet avhengig av godt samarbeid med helsepersonell utenfor legekontoret. Vi erfarte som mange andre et fysisk og organisatorisk skille mellom legekontor og øvrig primærhelsetjeneste. Samtidig tok flere kommuner kontakt med oss for å samarbeide om kvalitetsarbeidet på legekontorene.

I 2017 innledet vi det første kommunesamarbeidet med Stavanger kommune, hvor kommunen betalte for legenes deltakelse på kvalitetspakker. Til gjengjeld fikk kommunen en rapport med aggregerte oversikt over kvalitetsindikatorer i kommunen. Det har vært og er fortsatt et viktig prinsipp ikke å utlevere opplysninger om enkeltleger til andre, ved at alle rapporter



*Figur 1: På landsstyremøtet i Legeforeningen i 2017 fikk SKIL kvalitetsprisen for primærhelsetjenesten. Prisen ble tildelt for arbeid som har til formål å heve kvaliteten på tjenestene med vekt på pasientfokus. På bildet ser vi fra venstre legeforeningens president Marit Hermansen, sentralstyremedlem Jon Helle og leder for SKIL Nicolas Øyane. Foto: Thomas Barstad Eckhoff/Legeforeningen.*

skal inneholde data fra minst 10 leger og 2 legekontor. Etter hvert kom flere kommuner til, og til sammen har vi hatt samarbeid med 15 kommuner.

Vi så et behov for møte mellom fastlegene og andre i kommunene, og testet derfor i 2019 ut et halvdagsseminar. Her skulle legene i samarbeid med kommunene diskutere hvordan de best kunne samarbeide om kvalitetsarbeidet. Som ledd i halvdagsseminaret kartla også legekantorene egen praksis knyttet til blant annet pasientsikkerhet, tilgjengelighet og ledelse. Dette ble godt mottatt, men utfordrende å gjennomføre grunnet behov for ekstern foredragsholder fra SKIL. Derfor ble seminaret endret slik at det kan holdes av kommuneoverlege lokalt, og omdøpt kvalitetsseminar.

Etter hvert har SKIL også deltatt i flere nasjonale referanse- og arbeidsgrupper og vært rådgiver for flere viktige prosjekter. Blant annet deltok SKIL på opprettelse av Kommunalt pasient- og brukerregister, brukerrepresentasjon på EPJ-løftet. Vi er representert i referansegruppene for utvikling av nasjonale kvalitetsindikatorer for fastlegetjenesten og i utvikling av et nasjonalt kvalitetssystem for primærhelsetjenesten som skal starte i 2022.

### **Samarbeid med forskningsmiljøene**

Det bergenske allmennmedisinske forskningsmiljøet har vært sentralt siden før SKIL ble stiftet. Etter etablering har vi også fulgt miljøet tett. Da vi ble flere ansatte, ble det etter hvert mindre plass, og vi flyttet i 2017 inn i Folke-



helseinstituttets tidligere lokaler i Kalfarveien 31, sammen med Institutt for global helse og samfunnsmedisin og alle de allmennmedisinske enhetene. Høsten 2020 flyttet SKIL til Alrek helseklynge, hvor vi sitter fysisk tett på Praksisnett. Det gir store muligheter for å studere effektene av kvalitetsarbeid både på helsetjenestenivå og pasientnivå. Nylig ble SKIL tildelt oppgaven å utvikle et «Customer Relationship Management»-system (CRM, kundeadministrasjon) for praksisnett i vår nettportal. Fra høsten 2020 ble jeg selv ansatt i bistilling som førsteamanuensis II ved Universitetet i Bergen, noe som har gitt en enda tettere tilknytning til det akademiske miljøet. Med to nyansatte høsten 2021 er det nå 8 ansatte i 7,1 årsverk i SKIL.

SKIL har samarbeid med mange andre norske forskningsmiljø, både når det gjelder fagutvikling, formidling og forskning. Gjennom utvikling av kvalitetspakkene støtter vi oss på ny kunnskap og samarbeid med sentrale fagpersoner er helt nødvendig. Etter hvert har vår metode for datainnsamling og kvalitetsarbeid vært utgangspunkt for forskningsprosjekter. Den første artikkelen basert på SKIL-data ble publisert høsten 2020 med utgangspunkt i et kurs i Covid-19-håndtering (Alsnes, 2020). Våren 2021 publiserte vi en studie som viste effekt av kvalitetspakken i legemiddelgjennomgang når alle legene i Molde deltok (Øyane, 2021). Det ble funnet effekt både på bruk av takst for legemiddelgjennomgang og utleverte medikamenter med høy bivirkningsfare til eldre (Dagens Medisin, 2021). Flere artikler er under utarbeidelse og SKIL er dermed godt i gang med akademisk publisering.

SKIL deltar også i NFR-prosjektet «The large-scale implementation of e-consultations with the GP: a mixed-methods evaluation of the impact on health system, GPs and patients» som blant annet skal vurdere pasientsikkerhet ved bruk av videokonsultasjoner i allmennpraksis.

### **SKIL i dag og i fremtiden**

Fra å være en relativt ukjent organisasjon i 2015, har omtrent alle fastlegene hørt om SKIL i dag. Vi har utviklet totalt seks kvalitetspakker i tillegg til at tre nye kvalitetspakker er under produksjon. Norske leger har per 2021 fullført over to tusen kvalitetspakker registrert i SKIL ePortal, mange leger har tatt flere pakker. Stort sett erfarer 80–90 prosent av deltakerne å innføre positive endringer i praksis som følge av kvalitetspakkene.

Våren 2021 meddelte Helse- og omsorgsdepartementet at SKIL skulle motta øremerket tilskudd over statsbudsjettet mot at SKIL omdannes til stiftelse (Dagens Medisin, 2021), noe som ble fulgt opp ved lansering av statsbudsjettet for 2022 (figur 2). Arbeidet med omdannelse til stiftelse ble



*Figur 2: En del av staben feirer at SKIL skal få fast plass på statsbudsjettet fra 2022 og i den forbindelse omdannes til en stiftelse. Fra SKILs kontorer i Alrek helseklynge. Fra venstre Camilla Christensen, Janicke Lyngøy, Nicolas Øyane, Roger Veiby og Misha B. Østervold. Foto: Alvilde Gether.*

fullført i september 2021, inkludert en mindre navneendring til *Senter for kvalitet i legetjenester*, med samme forkortelse som før.

Vi arbeider nå tett med nasjonale aktører for å bli en del av det fremtidige systemet for kvalitetsarbeid i Norge. I tillegg jobber vi med å sikre og stabilisere de nødvendige elementene i kvalitetspakken. Spesielt har vi tett samarbeid med ulike miljøer som ønsker å gi leger oversikt over data fra egen praksis, noe som vil være viktig fremover.

SKILs rolle vil fortsatt være å tilby verktøy for kvalitetsarbeid for norske legekontor, samtidig er det viktig å videreføre samarbeidet med forskningsmiljøene. Gjennom SKILs nettverk og infrastruktur vil det også være mulig å gjennomføre forskning på kvalitetsarbeid inkludert hvilke effekter dette har på pasientene, vi gleder oss til videre samarbeid med forskningsmiljøene i eksisterende og nye prosjekt.

## Litteratur

- Alsnes IV, Munkvik M, Flanders WD, Øyane N. How well did Norwegian general practice prepare to address the COVID-19 pandemic? *Fam Med Community Health* 2020; 8(4): e000512. doi: 10.1136/fmch-2020-000512.
- Dagens Medisin 30.04.21: *Får finansiering over statsbudsjettet*: <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2021/04/30/far-finansiering-over-statsbudsjettet/>
- Dagens Medisin 29.06.21: *Deltok på kurs – reduserte medisinforordningen til eldre*: <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2021/06/29/kvalitetskurs-for-te-til-signifikant-reduksjon-i-utleverte-dagsdoser/>
- Øyane NMF, Finckenhagen M, Ruths S, Thue G, Lindahl AK. Improving drug prescription in general practice using a novel quality improvement model. *Scand J Prim Health Care* 2021; 39: 174-83.

## 11.9 PraksisNett – nasjonalt forskningsnettverk i primærhelsetjenesten (2018)

*Michael 2022; 19: Supplement 29, 387–90.*

*PraksisNett er en infrastruktur som legger til rette for at forskere skal kunne gjennomføre gode og kvalitetssikrede kliniske studier i norsk allmennpraksis. PraksisNett er et felles nasjonalt initiativ fra de allmennmedisinske forskningsmiljøene ved partnerinstitusjonene. Norges forskningsråd har støttet etableringen med en stor bevilgning i en prosjektperiode på 5 år (2018–2022). Prosjektledelsen, en av de fire regionale enhetene og den koordinerende enheten for nettverket er plassert i Bergen i det allmennmedisinske akademiske miljøet i Alrek helseklynge.*

Ca. 70 % av befolkningen er hos fastlegen hvert år. Likevel har det vært lite forskning på pasienter i norsk allmennpraksis, blant annet fordi det har vært tungvint å rekruttere både fastleger og pasienter til studier. Det har manglet en infrastruktur som legger til rette for effektiv og sikker rekruttering av pasienter. Forskningsnettverk i primærhelsetjenesten (PraksisNett) er etablert for å løse denne utfordringen. PraksisNett ble formelt etablert i 2018 som en nasjonal forskningsinfrastruktur for forskning på fastlegenes pasienter. Ideen til det som senere ble PraksisNett kom fra de allmennmedisinske forskningsnettverkene i Storbritannia.

### Hvordan det startet

I 2010 hadde de allmennmedisinske forskningsmiljøene sitt årlige fellesmøte i Trondheim, og de ble der enige om å ta et initiativ til å be Helse- og omsorgsdepartementet om å sette i gang en utredning med ambisjon om å etablere forskningsnettverk for primærhelsetjenesten – i første omgang for forskning i allmennpraksis og tannhelsetjenesten. Brevet var signert forskningslederne for AFE Bergen og AFE Oslo (Guri Rørtveit og Jørund Straand), samt professorer i odontologi ved UiB og UiO (Kristin Klock og

Ivar Espelid). Behovene for forskning og mangelen på infrastruktur var like stor i tannhelsetjenesten. I 2012 ble det bevilget 1 million kroner til et utredningsarbeid, og det ble satt ned ulike arbeidsgrupper som arbeidet med pilotstudier og arrangerte studieturer. Studiereiser til Bristol, Dundee, Amsterdam og Toronto ble særlig betydningsfulle, og skapte varige samarbeid og nettverk med sterke internasjonale forskningsmiljø.

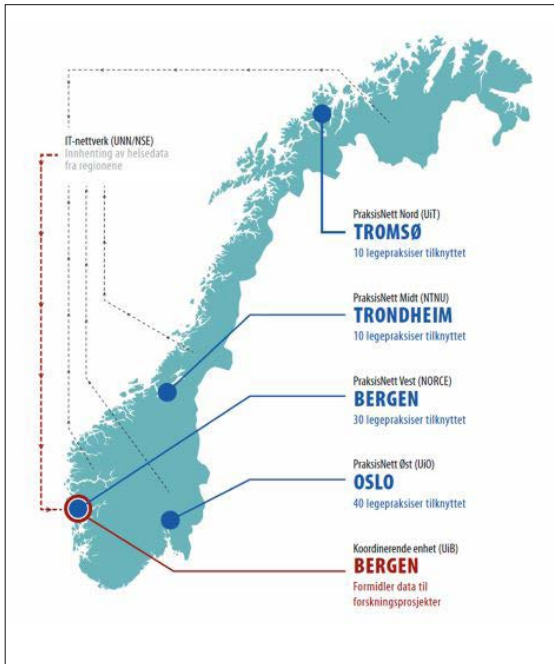
Rapporter ble skrevet, og planer for felles forskningsnettverk ble beskrevet. I 2014 deltok flere allmennmedisinske forskere (Steinar Hunskaar, Straand og Rørtveit) aktivt i det regjeringsoppnevnte arbeidet med å lage en nasjonal strategi for forskning og utdanning i Norge, *HelseOmsorg21*, og forskning for den kommunale helsetjenesten ble der vektlagt. Forskningsnettverk for primærhelsetjenesten ble beskrevet som et viktig steg for å oppnå god forskning. Da regjeringen la frem sin handlingsplan, viste det seg at den skulle etablere forskningsnettverk, men kun for tannhelsetjenesten. Da tok det allmennmedisinske forskningsmiljøet saken i egne hender og søkte Forskningsrådet (for andre gang) på det store infrastrukturprogrammet, men denne gang uten tannlegene. Guri Rørtveit ved IGS var prosjektleder. Og denne gang lyktes søknaden! Langsiktig strategisk arbeid lønte seg i lengden. Tildelingen ble kommentert av helseminister Bent Høie som en viktig satsing og en mulighet for mer forskning på store områder der det er behov for mer kunnskap.

### Hva er PraksisNett?

PraksisNett er en infrastruktur som legger til rette for at forskere skal kunne gjennomføre gode og kvalitetssikrede kliniske studier i norsk allmennpraksis. Det består av to deler, en tjenestebasert del og en IT-basert del.

Den tjenestebaserte delen består av rundt 90 fastlegepraksiser med 481 leger fordelt på fire regionale nettverk (Nord, Midt, Vest og Øst) (figur 1). På tross av fastlegekrise, var det lett å rekruttere praksisene til å delta i forskningsnettverket. De ansatte i de regionale nettverkene har ansvar for å støtte forskerne og legepraksisene i det praktiske og daglige arbeidet i de ulike forskningsprosjektene. *Koordinerende enhet* er første kontaktpunkt for forskere som ønsker å bruke PraksisNett i sine studier, og fungerer også som mottaker av alle søknader om bruk av nettverket. Denne enheten er plassert i Bergen.

Den IT-baserte delen består først og fremst av *Snow Health Appliance Box*, som er en liten datamaskin som installeres lokalt på fastlegens kontor og som automatisk trekker ut data fra pasientjournalen. Aggregerte (anonyme) data blir overført til PraksisNett og inngår så i en database som beskriver praksis- og pasientgrunnet i nettverket og danner grunnlag for



*Figur 1: PraksisNett sin organisasjon med fire regionale nettverk og en koordinerende enhet. De om lag 90 legekontorene med nesten 500 leger dekker over 500 000 innbyggere/listepersoner, det vil si nær 10% av den norske befolkningen. Professor Guri Rørtveit ved IGS er prosjektleder for hele prosjektet. Koordinerende enhet er plassert i Bergen, og ledes av professor i allmennmedisin Bjørn Bjorvatn. Prosjektkoordinator er Berit Øxnevad-Gundersen og Ingeborg Forthun er postdoktor (2021). PraksisNett Vest ligger i Bergen hos NORCE og ledes av forsker II/allmennlege Stein Nilsen. Begge bergensenhetene har kontorer i Alrek helseklynge.*

langt bedre planlegging av studier enn tidligere. Dette er en innovativ metode for bruk av pasientdata som har vakt internasjonal interesse.

## Partnerne og finansiering

Prosjektet ledes av en ledergruppe (figur 2) med representanter fra alle partnerne, som er de allmennmedisinske forskningsmiljøene ved de fire medisinske fakultetene i Norge, i tillegg til Allmennmedisinsk forskningsenhet i NORCE og Nasjonalt senter for e-helseforskning ved Universitetssykehuset Nord-Norge. Norges forskningsråd støtter etableringen med 65 millioner kroner i en prosjektperiode på fem år.



*Figur 2. Ledergruppen for PraksisNett i 2021. Foran fra venstre: Gustav Bellika (Snow-teamet), Peder Halvorsen (PraksisNett Nord), Stein Nilsen (PraksisNett Vest). Bak fra venstre: Guro H. Fossum (innfelt, PraksisNett Øst), Svein Gjelstad (UiO og MedRave), Egil Fors (PraksisNett Midt), Bjørn Bjorvatn (UiB), Guri Rørtveit (prosjektleder, UiB), Espen Kristoffersen (UiO), Jørund Straand (UiO).*

## Litteratur

Bjorvatn B, Straand J, Halvorsen P, Fors EA, Kristoffersen ES, Rørtveit G. Ny infrastruktur for allmennmedisinsk forskning. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2019; 139: doi:10.4045/tidsskr.18.0689

PraksisNett sin hjemmeside: <https://www.uib.no/praksisnett>

Rørtveit G. Research networks in primary care: an answer to the call for better clinical research. *Scand J Prim Health Care* 2014; 132: 107-9.1:1-3 e-pub

## 12. Legeforeningen og akademisk allmennmedisin i Bergen

*Michael 2022; 19: Supplement 29, 391–8.*

*Den norske legeforening har spilt en avgjørende rolle i å etablere akademisk allmennmedisin i Norge. Gjennom sine donasjoner for å opprette instituttene i Oslo (1968) og Bergen (1972) satte foreningen faget på universitetskartet. Også i alle år senere har Legeforeningen gjennom ulike fond og foreningsledd stått for avgjørende satsinger for det allmennmedisinske faget, slik også i Bergen. Vi oppfatter Legeforeningen over tid som entydig støttende til allmennmedisinsk forskning, selv om det har vært noen krusninger av uenigheter innimellom. Stipendordningene til allmennleger har vært avgjørende for både enkeltpersoners og miljøenes muligheter til å finansiere forskningsprosjekter. Til sammen har Legeforeningen gjennom 50 år tilført akademisk allmennmedisin i Bergen betydelige beløp.*

I mange av kapitlene i denne boken dukker Den norske legeforening opp som premissleverandør, medspiller eller initiativtaker til mange tiltak og aktiviteter for forskning og utdanning i allmennmedisin. Dette kapitlet skal handle om de økonomiske midlene som har kommet fra Legeforeningen, direkte og indirekte, og hvordan foreningen på ulikt vis har vært engasjert i, og støttet opp under, akademisk allmennmedisin i Bergen. Vi gjør også et forsøk på å beregne hvilke summer det har vært snakk om, i nåtidens pengeverdi.

Det viktigste virkemiddel som Legeforeningen har brukt for å skaffe økonomiske midler, er opprettelsen av ulike fond. I dag er det en rekke fond tilknyttet foreningen, og de forvalter til dels store beløp. Fondene har vanligvis sitt utspring i de årlige tariff-forhandlingene. For allmennmedisinens del betyr det de årlige forhandlingene mellom Staten, KS og Legeforeningen. Når man er enig om rammen, så fordeler man det meste til inntektsøkning til medlemmene, men man kan også avsette midler til fel-



*lesformål*, som vanligvis er fond med ulike formål. Eksempler på slike fond er *Fond til videre- og etterutdanning av leger (Utdanningsfond I)*, *Fond til fremme av allment praktiserende legers videre- og etterutdanning*, *Fond for kvalitetsforbedring av medisinsk laboratorievirksomhet* og *Allmennmedisinsk forskningsfond*. Det er betydelige beløp som avsettes slik, for tariffåret 2021/2022 er summen om lag 240 millioner kroner. Dette er altså penger som legene avstår å ta ut som lønn, men bruker på tiltak til beste for fellesskapet.

### **Den første tiden: Legeforeningen betalte alt!**

I de første kapitlene i boken omtales hvordan Den norske lægeforening tok initiativ til og opprettet Institutt for almenmedisin ved Universitetet i Bergen i 1972. Legeforeningen betalte alle driftsutgifter og i tillegg for en administrativ og to vitenskapelige stillinger i fem år, før universitetet hadde forpliktet seg til å overta. I tillegg ga foreningen i årene 1972–1984 betydelige tilskudd til instituttets legepraksis i form av driftsstøtte og ansettelse av mer hjelpepersonell enn det som var vanlig på et legesenter den gangen.

Pengene kom fra *Fond til videre- og etterutdanning av leger*. For de første 12 årene samlet er det i nåtidens pengeverdi snakk om ca. 20 millioner kroner til universitetsdelen og minst det samme til legepraksisen.

#### *Driftsstøtte 1984–1994.*

Etter at legesenteret var overtatt av Bergen kommune og universitetet hadde overtatt driften av instituttet, fortsatte Legeforeningen å gi en generell driftsstøtte til alle de fire allmennmedisinske instituttmiljøene i Norge. Dette var svært verdifulle penger, som ga miljøene gode driftsvilkår og penger til reiser, datautstyr og prosjekter langt utover det universitetene bidro med gjennom det såkalte *annuum* (de årlige driftsmidlene).

Men i 1994 var det slutt. Da vedtok styret for Utdanningsfond I, og senere Sentralstyret, å avslutte støtten til instituttene virksomhet. De fire instituttene protesterte i et felles brev som inneholdt en rekke motargumenter og dels smiger overfor foreningen, men vedtaket ble ikke omgjort. Samlet sett bidro Legeforeningen med anslagsvis seks millioner kroner i driftsstøtte til Bergen disse årene. Siste året var støtten til Seksjon for allmennmedisin på kr. 250.000, tilsvarende om lag det doble i dagens pengeverdi. Til sammenligning var hele instituttets *annuum* på kr. 440.000 i 1994, der allmennmedisin disponerte langt mindre enn halvparten.

## Legeforeningen og store satsinger i Bergen

Ved siden av opprettelsen av selve instituttene, så har Legeforeningen bidratt til en rekke store satsinger for allmennmedisinsk forskning og fagutvikling. Igjen er det bevilgninger gjennom fondene som i det vesentlige er blitt benyttet, enten utdanningsfondene eller ved opprettelse av eget fond for formålet.

*Norsk kvalitetsforbedring av laboratorieundersøkelser – Noklus* ble opprettet i 1992 og plassert i Bergen, opprinnelig under navnet *Norsk senter for kvalitetssikring av laboratorieanalyser utenfor sykehus*. Noklus er omtalt i et eget kapittel av boken. Det var Sosialdepartementet, Kommunenes Sentralforbund og Legeforeningen som finansierte Noklus gjennom et nytt fond, *Kvalitetsforbedringsfond III – Den norske legeforenings fond for kvalitetssikring av laborativ virksomhet i legepraksis utenfor sykehus*. Institusjonen har utviklet seg til å bli et av Legeforeningens flaggskip i kvalitetsarbeidet i helsetjenesten. Noklus har nå over 120 ansatte, derav 40 i Bergen, og et årsbudsjett på om lag 100 millioner kroner. Samlet sett har det gjennom snart 30 år vært en omsetning som har passert 1,5 milliarder kroner i 2021-kroner.

I årene 1994–1998 var Seksjon for allmennmedisin vertskap for *Kompetansesenter for kliniske ferdigheter hos praktiserende leger*, et kvalitetssikringsprosjekt finansiert av Den norske legeforenings fond for kvalitetssikring for legetjenester utenfor sykehus (Kvalitetssikringsfond I). Formålet var å utarbeide, gjennomføre og kvalitetssikre ulike opplæringstiltak og kurs i kliniske ferdigheter for allmennpraktiserende leger og praktiserende spesialister. I prosjektperioden ble det arrangert 34 ferdighetskurs og bevilget om lag 5 millioner kroner i dagens pengeverdi. Senteret er omtalt i et eget kapittel i boken.

*Senter for kvalitet i legekontor (SKIL)* ble etablert av Legeforeningen i 2014 og lagt til Bergen. Senteret, som er omtalt i et eget kapittel, har som formål er å tilby verktøy for kvalitetsarbeid og opplæring i disse til norske legekontor. Senteret ble i starten finansiert gjennom *Fond for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet*. Fra 2022 er SKIL sikret videre drift gjennom tilskudd over statsbudsjettet. Årsbudsjettet er på om lag 9 millioner kroner, så driften har til nå (2021) hatt en samlet kostnad på om lag 40 millioner kroner.

Fire *allmennmedisinske forskningsenheter* (AFE) ble opprettet av Helse- og omsorgsdepartementet i 2006. Her var Legeforeningen ikke involvert økonomisk, men hadde i mange år argumentert og arbeidet for opprettelsen av slike enheter, og må derfor tillegges en betydelig del av æren for resultatet. AFE Bergen får en ganske liten rammefinansiering på om lag 4 millio-



*Figur 1: Styremøte i Allmennmedisinsk forskningsutvalg (AFU) 3. mai 2018. Fra venstre: Soen Eng, Eivind Meland (UiB), Sture Rognstad, Anna Luise Kirkengen (leder), Anne Kveim Lie, Nils Martinsen og May-Lill Johansen. Aase Aamland var ikke til stede da bildet ble tatt. Foto: Tove Rutle.*

ner kroner over statsbudsjettet, men skal ellers skaffe seg forskningsmidler ved prosjektfinansiering.

### **Stipendordningene fra Legeforeningen**

Norsk forening for allmennmedisin (NFA) bidrar til allmennmedisinsk forskning ved å tilrettelegge for nettverk og administrere forskningsmidler. De to mest aktuelle finansieringskildene for forskning i allmennmedisin er Forskningsutvalget i NFA og Allmennmedisinsk forskningsfond (AMFF). De to støtter forskningsprosjekter innen allmennmedisin på ulike stadier. Forskningsutvalget i NFA (tidligere Allmennmedisinsk forskningsutvalg, AFU) tildeler forskningsstipend til mindre forskningsprosjekter, tidligere kalt *allmennpraktikerstipend* eller *AFU-stipend* (figur 1). AMFF tildeler doktorgradsstipend inntil 12 måneder om gangen og totalt inntil tre år.

#### *Stipend fra Forskningsutvalget i NFA*

Forskningsutvalgets stipend er en lavterskel ordning som skal stimulere leger i primærhelsetjenesten i gang med egen forskning. Legeforeningen opprettet ordningen allerede i 1976, og siden den gang har hundrevis av allmennleger nytt godt av stipend på inntil seks måneders varighet. Stipendiatene

forventes å være tilknyttet en universitets- eller forskningsenhet i allmenn- og samfunnsmedisin ved en veileder.

Flere evalueringer har vist overbevisende resultater og en tydelig gevinst av midlene i form av fullførte prosjekter, publiserte artikler og videre til doktorgradsavhandlinger. Likevel har stipendordningen vært under press i flere perioder ved at økonomien i Legeforeningens fond har vært dårlig, eller at krefter i styrende organer ikke har verdsatt ordningen. Spesielt rundt årtusenskiftet, og igjen i 2012, var det signaler om å redusere eller avslutte ordningen. Dette utløste et stort engasjement fra de allmennmedisinske instituttene og også krefter innad i Legeforeningen. Resultatet på sikt ble at fra 2014 økte antallet finansierte stipendmåneder til 60 i året fra 52, etter en gradvis økning fra 12 måneder de første årene, til 36 fra 1986. Per 2022 er stipendsatsen kr 60.000 per måned pluss inntil kr 2.500 i driftsmidler og inntil kr 4.000 til reise til veilederens institutt. For tiden representerer professor emeritus Eivind Meland (UiB) de allmennmedisinske universitets- og forskningsenhetene i styret.

Samlet sett har om lag 200 allmennleger fått stipend med veiledning fra Bergen i perioden fra 1974 til i dag, med en samlet tildeling på 600–700 stipendmåneder eller over 50 årsverk. Nåverdien av dette tilsvarer ca. 40 millioner kroner.

#### *Allmennmedisinsk forskningsfond – AMFF*

Legeforeningens sentralstyre opprettet i 2007 *Allmennmedisinsk forskningsfond (AMFF)* til finansiering av ph.d.-stipender. Etter vedtektene er fondets formål å fremme allmennmedisinsk forskning på allmennmedisinens premisser og bidra til etablering og nasjonal koordinering av aktivitetene ved de fire allmennmedisinske forskningsenhetene. Leder i NFA, Marte Kvittum Tangen, leder fondsstyret 2020–2023, mens professor Bjørn Bjorvatn (UiB) representerer de fire allmennmedisinske forskningsenhetene, med professor Sabine Ruths (UiB) som vara.

Fondet tilføres midler i forbindelse med de årlige Normaltariff-forhandlingene mellom Legeforeningen og Staten, det årlige beløpet varierer, men det har vanligvis blitt tildelt 12–15 millioner kroner årlig, siste året 18 millioner kroner.

I årene 2008–2021 er det tildelt ca. 180 millioner kroner fra fondet, til mer enn hundre prosjekter<sup>1</sup>. Til de allmennmedisinske miljøene i Bergen er det tildelt ca. 45 millioner til mer enn 30 personer (figur 2), noe som betyr at om lag 25% av tildelingsbeløpet er gått til forskere i Bergen.

1 Takk til Tor Carlsen i sekretariatet for Allmennmedisinsk forskningsfond som har bidratt med oversikter over tildelingene i fondet.

## Forsker for bedre behandling av depresjon i allmennpraksis

Pasienter med depresjon foretrakk hjelp fra fastlegen sin. Det viser en pilotstudie til det største registerbaserte prosjektet i allmennpraksis så langt, et prosjekt som skal finne ut hvordan fastleger tar hånd om pasienter med depresjon.

26. februar 2020



Figur 2: Sharline Riiser (til venstre) og Anneli Hansen er støttet av Allmennmedisinsk forskningsfond til ph.d.-prosjekt om fastlegers behandling av depresjon. Her er de fotografert utenfor Institutt for global helse og samfunnsmedisin i Kalfarveien 31, der skiltet også viser til andre allmennmedisinske akademiske kjernemiljøer i Bergen. De to er fastleger i henholdsvis Sogndal og Bergen. Skjermdump fra Legeforeningen.no. Foto: Lisbeth Nilsen.

### Andre økonomiske støtteordninger fra Legeforeningen

Når man utdanner seg til spesialist i allmennmedisin eller skal vedlikeholde spesialiteten, er det en rekke krav til kurs og andre utdanningsaktiviteter. Legeforeningens *Utdanningsfond II* gir delvis dekning også til deltakelse ved allmennmedisinske forskningskongresser. Opprinnelig kunne man få dekket

alle utgifter ved kurs og kongresser, men med årene er ordningene blitt mindre rause, og man får nå vanligvis bare dekket reise og opphold, og det er innført egenandeler. Allmennleger i spesialisering kan få dekket deltakelse til Nordisk kongress i allmennmedisin eller europeiske kongresser. For spesialister kan det gis refusjon for ett eller flere kurs utenfor Norge til totalt kr 20 000 per år.

Mange stipendiater og fast ansatte i universitetsmiljøet kommer inn under disse ordningene hvis de er i delvis klinisk arbeid. Ordningene er derfor verdifulle tilskudd til mulighetene for akademiske allmennleger å delta i internasjonale møter og kongresser.

I selve spesialistutdanningen er uttelling for forskningstjeneste blitt dårligere med årene, noe som Legeforeningen dessverre har støttet. Dette medfører at både rekruttering til, og gjennomføring av, prosjektstipend har blitt vanskeliggjort. Tidligere kunne fullført forskerlinje på medisinstudiet eller fullført doktorgrad telle som ett år i spesialistutdanningen av leger i alle spesialiteter. Det er heller ikke så lett som før å få uttelling for korttidsstipend.

Generelt er stipendiatstillinger og faste universitetsstillinger lønnet dårligere enn kliniske stillinger, og slik er det også i allmennmedisin. Dette medfører at universitetene har dårligere konkurransevilkår når det gjelder å rekruttere personer til å drive forskning. I sykehusene har det lenge vært slik at man har fått et tillegg i lønnen hvis man hadde doktorgrad, tillegget er på ca. 50 tusen kroner i året. Tillegget skal både være en kompensasjon for dårligere lønn i stipendperioder og en belønning for forskningsmessig innsats.

Fastlege i Bergen Stian Langeland Wesnes var stipendiat i allmennmedisin fra 2007 og tok doktorgrad i 2011. Han var opptatt av at det ikke fantes en tilsvarende ordning for allmennleger som for sykehusleger, og skrev i 2008 et innlegg der han argumenterte for å innføre en egen takst for allmennleger med doktorgrad (figur 3). Allerede under forhandlingene i 2009 fikk Legeforeningen gjennomslag for en ny *Takst 2p*, i tråd med forslaget fra Wesnes. Taksten var på ti kroner per pasientkonsultasjon og kan kreves av allmennleger som har medisinsk doktorgrad eller graden ph.d., under forutsetning av at legen fortsatt driver forskning eller forskningsveiledning. Beløpet er i 2022 steget til kr. 20, og kan ved 3000 konsultasjoner årlig gi økt årsinntekt med kr. 60.000. I 2020 fikk i underkant av 200 allmennleger utbetalt ca. 5,6 millioner kroner etter denne ordningen. Denne saken viser både at Legeforeningen kan være lydhør for forslag fra akademiske kretser, og at vi har hatt stipendiater som har ytt en innsats for fellesskapet med effekter mange år etterpå.

# Ta PhD - og tap 2,7 millioner!

- Logisk sett burde det ha vært slik at man tjener på å utdanne seg. Det er naturlig å tro at lønnsstrukturen er til hinder for å rekruttere de største talentene til forskning, skriver Stian Langeland Wesnes.

Stian Langeland Wesnes

Publisert: 2008-05-22 — 13.43 (Oppdatert: 2015-05-21 — 18.49)

*Figur 3: Overskriften på Stian Langeland Wesnes sin kronikk. Han skriver blant annet: «Leger som forsker i dag, er lønnstaperne blant legene, og allmennleger taper mest. Dette bør rettes opp. Bedre økonomiske vilkår vil gi en økt interesse og rekruttering til allmennmedisinsk forskning, raskere gjennomføring av ph.d.-programmet, unngåelse av at allmennpraktikere vegrer seg for å forske av økonomiske grunner – og vil være en belønning for dem som tar doktorgrad. ... Om allmennleger fikk et tillegg på 25,34 kroner per pasient resten av sin arbeidsaktive karriere, ville man komme lønnsmessig likt ut som dem som ikke tar doktorgrad. Skjermdump fra Dagens Medisin 22. mai 2008.*

## Oppsummering

Gjennomgangen viser at det har vært et nært og godt samarbeid mellom Den norske legeförening og akademisk allmennmedisin i Norge gjennom alle år. For instituttmiljøet i Bergen har dette samarbeidet vært svært fruktbart også i økonomisk forstand, noe de store summene som er omtalt i dette kapitlet, berger for.

## Litteratur

- Frich J. Allmennmedisinsk forskning styrkes. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2007; 127: 784.
- Jacobsen G. Allmennmedisinsk forskningsutvalg. En orientering om virksomheten. *Utposten* 1995; 24 (1): 19–21.
- Jølle A. *Lauterskeltilbud under press. Evaluering av allmennpraktikerstipendene fra Allmennmedisinsk forskningsutvalg 2009–2019*. Rapport. Oslo: Norsk forening for allmennmedisin, 2020.
- Kirkengen AL. AFU som pådriver for allmenn- og samfunnsmedisinsk forskning. *Utposten* 2018; 47 (4): 25–6.
- Malterud K. Levende kunnskap kommer fra praksis. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1997; 117: 3632.
- Moe N. Stipendordningen for allmennpraktikere 1993–2009. *Utposten* 2011; 40 (6): 17–9.
- Nore AK, Borchgrevink CF. Hvordan gjøre en god ordning enda bedre? *Tidsskr Nor Lægeforen* 1987; 107: 569–72.
- Swensen E, Steine S. Evaluering av allmennpraktikerstipendordningen – lite frø, rik avling. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1997; 117: 3667–71.
- Wesnes SL. Ta PhD – og tap 2,7 millioner! *Dagens Medisin* 22. mai 2008.

## 13. Doktoravhandlingene 1972–2021: 102 disputaser

*Michael 2022; 19: Supplement 29, 399–414.*

*Doktorgrader og doktoravhandling er en viktig del av virksomheten i et universitetsinstitutt. Disputaser er en milepæl og stas for kandidaten, et uttrykk for forskningsaktiviteten i miljøet og en viktig tellekant som betyr penger og ære til institutt og fakultet. Den lange listen i dette kapitlet består av alle de 102 avhandlingene vi har regnet som «våre» (Tabell 1). Det vil si at de formelt må ha utgått fra det allmennmedisinske miljøet og ha hatt hoved- eller medveileder herfra. Ansatte med doktorgrad fra andre universitet eller institutter er ikke tatt med. Heller ikke avhandling der våre ansatte har vært veileder, men der avhandlingen utgår fra annet sted, er tatt med i oversikten.*

Selv om dr.med.-graden har tradisjoner ved fakultetet siden opprettelsen i 1946, så var disputaser sjeldne de første tiårene. I perioden fram til 1972, da Institutt for almenmedisin ble opprettet, var det i alt bare 36 disputaser, altså bare litt over 1 disputas i gjennomsnitt årlig for hele fakultetet. På 1970-tallet var det gjennomsnittlig 3–4 disputaser årlig, på 1980-tallet var det 10–15. Den store økningen kom først etter 2010, da Det medisinske fakultet har hatt 80–110 doktordisputaser årlig. Som tallene nedenfor viser, har instituttmiljøet vårt hatt en tilsvarende voldsom økning i antall doktorgrader de siste 10 årene. Fra 2008 har de aller fleste disputert for ph.d.-graden, med sterkere vekt på utdanningsdelen og noe mindre vekt på antall publikasjoner enn det som var tilfelle med den tidligere dr.med.-graden.

Det gikk hele 18 år fra opprettelsen av instituttet i 1972 til vi hadde den første avhandlingen som fullt og helt, faglig og arbeidsmessig, var en frukt av forskningen internt på instituttet. Der var, og hadde vært, ansatte med doktorgrad fra andre universiteter og institutter, og instituttet hadde vært medarrangør av disputaser, men det er Kirsti Malterud sin avhandling fra 1990 om *Allmennpraktikerens møte med kvinnelige pasienter* som må



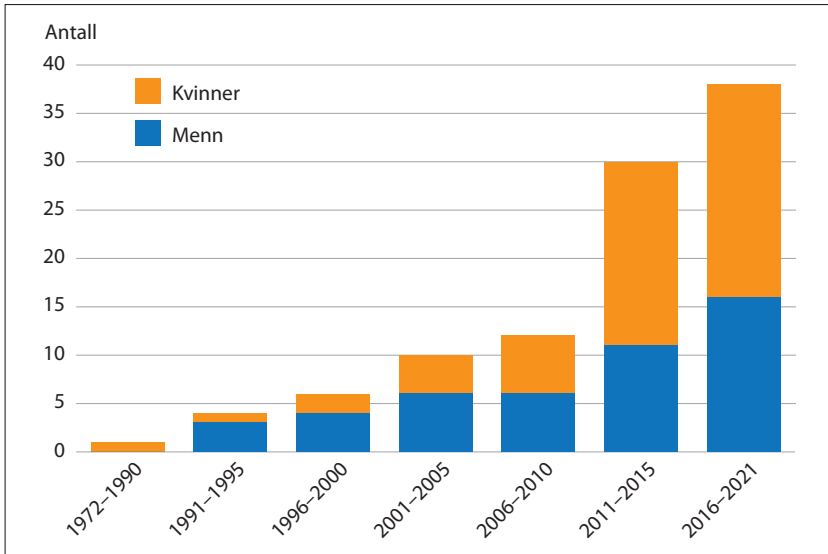


*Figur 1: Den første av 102: Kirsti Malterud disputerer i Store auditorium, Haukeland universitetsjukehus, 21. september 1990. Fra venstre: Andreopponent Kari Wærness, Kirsti Malterud, dekanus Tollak B. Sirnes, førsteopponent: Christian F. Borchgrevink og Hanne Haavind (tredje medlem av komiteén). Foto: Alf Petter Andersen.*

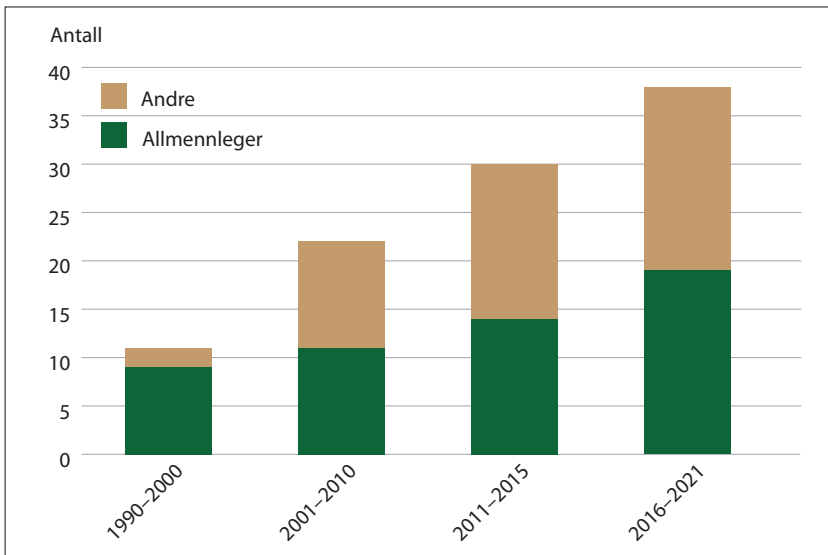
regnes som den første i rekken av 102 disputaser frem til utgangen av 2021 (figur 1).

Den første var et varsel om flere, og i årsmeldingen for 1990 ble det slått fast at det var mye på beddingen og å glede seg over i de kommende årene. De neste ti årene kom det gjennomsnittlig en disputas årlig, dette doblet seg til to årlig 2001–2010, mens de siste årene har dette igjen tredoblet seg til 5–8 disputaser årlig (figur 2). Som tallene viser er det en rimelig jevn kjønnsfordeling, 55 kvinner og 47 menn, med en liten overvekt av menn de første årene og en overvekt av kvinner i de siste.

Et allmennmedisinsk instituttmiljø skal første og fremst drive allmennmedisinsk forskning og utdanne akademikere i eget fag. Men i takt med den generelle utviklingen på instituttet og fakultetet, er tverrfaglig forskning og rekruttering av andre enn de tradisjonelle «legeforskerne» en tydelig trend (figur 3). Slik har det også vært i vårt miljø. Vi har alltid hatt et stort innslag av leger uten allmennmedisinsk forankring og doktorander med annen utdanningsbakgrunn enn medisin. Over 50 års-perioden har om lag halvparten av våre doktorander hatt forankring i allmennmedisin før, under eller etter disputas. Sett over hele perioden er 38% av allmennlegene kvinner, mens hele 73% av «de andre» doktorandene er kvinner. Listen over avhandlingene viser også hvor viktig nabomiljøene har vært for doktor-



Figur 2: Antall doktorander (N = 102) fordelt på kjønn og tidsperioder.



Figur 3: Antall doktorander (N = 102) fordelt på fire tidsperioder og kandidatens bakgrunn. I gruppen «Andre» inngår leger uten forankring i allmennmedisin og personer med annen utdanningsbakgrunn enn medisin.

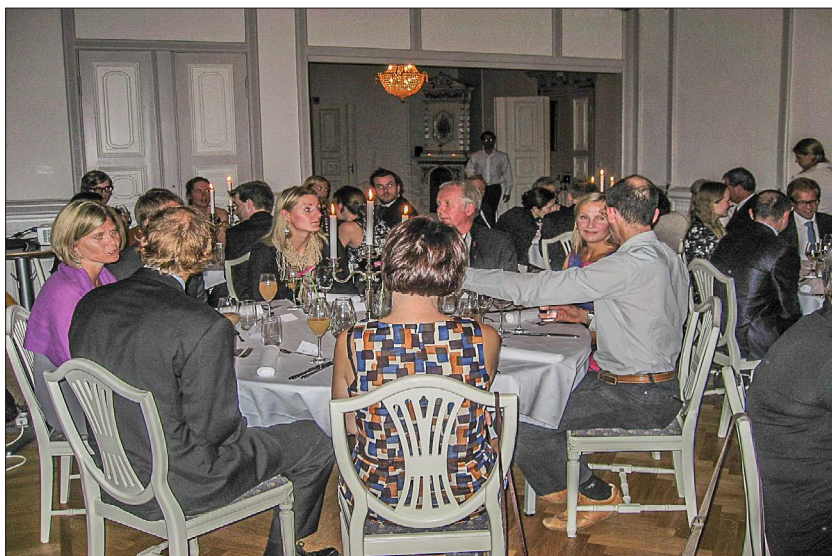
gradsproduksjonen. Noklus, NKLM og AFE har til sammen bidratt med et betydelig antall doktorgrader, som oftest med hovedveileder fra instituttets fast ansatte forskere. Disse miljøene har også skaffet finansiering for stipendiatene fra ulike kilder.

En annen utvikling som viser tydelig i avhandlingslisten, er bruken av medveiledere, tidligere kalt biveileder. Mens dette hørte til unntakene de første årene, er det nå krav om minst to veiledere ved opptak til ph.d.-programmet.

Selv om antallet disputaser er stort, har forskningsmiljøet lagt stor vekt på å markere doktorgradsprosessen og også selve anledningen. Forskningsmøtene om onsdagene, nå *akademimøtene*, er viktige arenaer for fremlegging



*Figur 4: Fra Gunhild Felde sin disputas 9. oktober 2020 med såkalt «hybrid-løsning» på grunn av koronapandemien. På bildet ses kandidaten i auditoriet sammen med disputasleder (custos) professor emeritus Eivind Meland og leder av bedømmelseskomiteén professor Jone Trovik (med ryggen til). På veggen ses øverst til venstre førsteopponenten professor Eva Samuelsson, Umeå Universitet og nederst andreopponenten professor Arnfinn Seim, NTNU. Digitalt ble disputasen holdt på Zoom Webinar og fysisk i auditoriet i Armauer Hansens hus. Det var tillatt med 20 personer til stede fysisk, med smitteverntiltak som å ha avstand til de andre i rommet, sprite hendene og hoste i albuen. Digitalt publikum kunne stille spørsmål til prøveforelesningen ved å skrive til custos i kommentarfeltet. Det samme gjaldt muligheten til å opponere ex auditorio. Foto: Privat.*

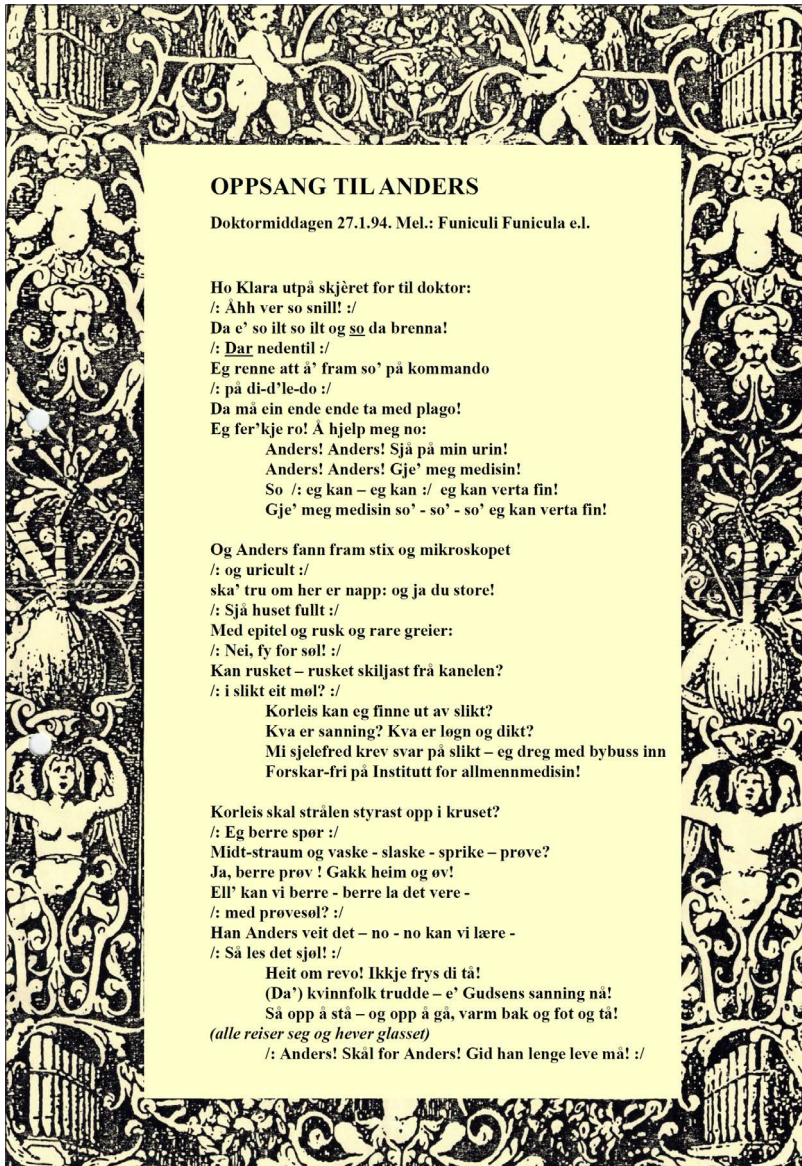


*Figur 5: Fra disputasmiddagen til Stian L. Wesnes i Legenes Hus 26. oktober 2011. Foto: Privat.*

av prosjektskisser og artikkelmanus. Midtveisevurderingene foregår på akademimøtene, og vi setter også av tid til «prøve-prøve-forelesninger», der kandidatene kan få foreløpige tilbakemeldinger på presentasjonen i løpet av de to forberedelsesukene før prøveforelesningen holdes på selve disputasdagen.

Disputasdagen er en viktig dag for både kandidaten, veilederne, forskningsgruppen, Fagområde for allmennmedisin og instituttet. Alle oppfordres til å delta på disputasen, og det har vært en sterk tradisjon for at stipendiatkolleger stiller opp med hjelpende hender i den praktiske avviklingen. Under koronapandemien 2020–2021 ble de fysiske disputasene i stor grad avlyst og måtte holdes digitalt. Oppmøtet digitalt var minst like stort som ved tradisjonelle disputaser i auditorium. Noen fikk også avholde hybridløsninger, med noen få til stede i salen, mens resten fulgte med digitalt (figur 4).

En doktordisputas kan også være en stor sosial begivenhet, med motakelse, doktormiddag i ulike konsepter og med få eller mange inviterte (figur 5). En morsom tradisjon i allmennmedisinmiljøet er alle de sangene som er laget fra kolleger og venner til disputasmiddagene. Spesielt må nevnes tradisjonen med å lage sang til doktoranden på melodien *Funiculì, Funiculà*. Det er forfattet minst 15 ulike tekster til denne melodien i forbindelse med disputaser, fødselsdager og andre anledninger (figur 6).



Figur 6: Den første sangen på melodien til *Funiculi Funicula* ble skrevet til Anders Barheims doktormiddag i krypten under St. Paul katolske kirke 27. januar 1994. Melodien ble komponert av Luigi Denza i 1880, i forbindelse med åpningen av den første kabelbanen på Vesuv ved Napoli. Både Luciano Pavarotti og Andrea Bocelli har gjort berømte innspillinger av sangen. I tillegg til originaltittelen blir melodien ofte omtalt i allmenntmedisnmiljøet som «Klara på skjæret», da denne figuren går igjen i mange av tekstene.

Tabell 1: De 102 avhandlingene 1990–2021.

År	Navn	Tittel	Hovedveileder	Biveileder
1990	Kirsti Malterud	Allmennpraktikerens møte med kvinnelige pasienter	Per Fugelli	Astrid Nøklebye Heiberg, Per Måseide
1994	Anders Bærheim	Lower urinary tract infections in women. Aspects of pathogenesis and diagnosis	Even Lærum	
1994	Eva Gjengedal	Understanding a world of critical illness. A phenomenological study of the experiences of respirator patients and their caregivers	Kirsti Malterud	
1995	Hogne Sandvik	Female urinary incontinence. Studies of epidemiology and management in general practice	Steinar Hunskaar	
1995	Geir Thue	The office laboratory. A study related to near patient testing in general practice and occupational health care	Sverre Sandberg	
1996	Marit Hafting	Et eple om dagen. Eldre småforbrukere av helsetjenester	Per Fugelli	Torunn Selberg
1997	Kirsten S Rokstad	The Møre & Romsdal Prescription Study (MRPS). An epidemiological study of prescribing in general practice including an intervention on general practitioners' prescribing practice	Per Fugelli	
1998	Eivind Meland	Management of coronary heart disease risk in general practice	Even Lærum	
1999	John Nessa	Talk as medical work-Discourse analysis of patient-doctor communication in general practice	Kirsti Malterud	
1999	Jørund Straand	To prescribe or not to prescribe – Drug prescribing studies in general practice. The Møre & Romsdal Prescription Study II	Per Fugelli	
1999	Arnfinn Seim	Women with urinary incontinence. Consultation behaviour and management in general practice	Steinar Hunskaar	

År	Navn	Tittel	Hovedveileder	Biveileder
2000	Truls Østbye	The Canadian Study of Health and Aging: Epidemiological investigations with special emphasis on dementia and related factors	Steinar Hunskår	
2001	Benedicte Eskeland	Aspects of diagnosis and treatment of marginal iron deficiency in populations at risk	Steinar Hunskår	Rune Ulvik, Kirsti Malterud
2002	Solfrid Indrekvam	Electrical stimulation in female urinary incontinence. A national cohort based on a Norwegian reimbursement system	Steinar Hunskår	
2002	Svein Skeie	Aspects of quality in diabetes care with emphasis on blood glucose and HbA1c	Sverre Sandberg	
2003	Per Stensland	Approaching the locked dialogue of the body-communicating symptoms through illness diaries	Kirsti Malterud	
2003	Yngvild S Hannestad	A community-based study of urinary incontinence in women. Prevalence, help seeking and risk related to family history and life style factors	Steinar Hunskår	
2004	Terje Alræk	Acupuncture in the prevention of recurrent uncomplicated lower urinary tract infection in adult women	Anders Bærheim	
2004	Guri Rørtveit	Urinary incontinence after pregnancy and childbirth	Steinar Hunskår	Anne Kjersti Daltveit
2005	Knut Steen	Violence in an urban community. An accident and emergency department perspective	Steinar Hunskår	
2005	Johannes Hatlebakk	Quality of life in men with lower urinary tract symptoms (LUTS) suggestive of benign prostatic hyperplasia (BPH)	Steinar Hunskår	Berit Rokne Hanestad
2005	Arne Fetveit	Sleep disturbances in nursing home patients with dementia. A non-pharmacological intervention study	Bjørn Bjorvatn	
2006	Benedicte Carlsen	The changing role of gatekeepers: Rationing and shared decision-making in primary care	Ole F Norheim	Arild Aakvik

År	Navn	Tittel	Hovedveileder	Biveileder
2008	Maire O' Donnell	Help-seeking behaviour and patient preferences for involvement in treatment decision-making among European women with urinary incontinence	Steinar Hunskaar	
2008	Thomas Mildestvedt	Hjertepasienters motivasjon for varige livsstilsendringer	Eivind Meland	Geir Egil Eide
2008	Gunn Kristensen	Self monitoring of blood glucose; Aspects of analytical quality.	Sverre Sandberg	
2008	Stefán Hjörleifsson	Genetics, risk and medicalization – A case study of preventive genetic technologies in Iceland	Edvin Schei	Vilhjalmur Arnason
2008	Esperanza Diaz	Impact of reducing indoor air pollution on women's health. RESPIRE Guatemala – Randomised exposure study of pollution indoors and respiratory effects	Tone Smith Sivertsen	Rolf Terje Lie, Nigel Bruce
2009	Roar Jensen	Patellofemoral pain syndrome – Studies on a treatment modality, somatosensory function, pain, and psychological parameters	Anders Bærheim	Alice Kvåle
2009	Signe Dørheim	Depression and sleep in the postnatal period. A study in Nepal and Norway	Gunnar Tschudi Bondevik	Bjørn Bjorvatn
2010	Erik Zakariassen	Red Response. Studies on the role of primary care doctors in out-of-hospital emergency medicine	Steinar Hunskaar	
2010	Atle Klovning	Validations of research methods for urinary incontinence. Scored questionnaires in clinical practice and epidemiological research.	Steinar Hunskaar	Hogne Sandvik
2010	Nicolas Øyane	Seasonal changes in mood and behaviour in the general population	Bjørn Bjorvatn	
2010	Reidun Kjome	Diabetes care in community pharmacy – Focus on self-monitoring of blood glucose	Sverre Sandberg	Anne Gerd Granås
2011	Lillebeth Larun	Kronisk utmattelsessyndrom: Kunnskap, aktivitet og utfordringer	Kirsti Malterud	
2011	Knut-Arne Wensaas	Giardiasis in Bergen. Outbreak and clinical consequences	Guri Rørtveit	Nina Langeland



År	Navn	Tittel	Hovedveileder	Biveileder
2011	Elisabeth H Hansen	Monitoring activities in out-of-hours emergency primary care in Norway. A special emphasis on nurses telephone triage and counselling	Steinar Hunskår	
2011	Stian L Wesnes	Urinary incontinence during pregnancy and postpartum. Incidence, prevalence and risk factors	Steinar Hunskår	Guri Rørtveit
2011	Siri Waage	Shift work, sleep and health in the petroleum offshore industry	Bjørn Bjørvatn	Bente Moen
2011	Kristin M Aakre	Fiksjonsbasert kommunikasjonstrening i medisinsk utdanning – med bruk av teaterfaglige virkemidler	Sverre Sandberg	Geir Thue
2011	Torild Jacobsen	Fiksjonsbasert kommunikasjonstrening i medisinsk utdanning – med bruk av teaterfaglige virkemidler	Bjørn Rasmussen	Margret Lepp
2012	Mari Bjørkman	Lesbisk selvtilitt-lesbisk helse. utfordringer og mestringsstrategier hos lesbiske kvinner	Kirsti Malterud	
2012	Svein Kjosavik	Prescribing and prescribers of psychotropic drugs in Norway: A population based pharmacoepidemiological study	Steinar Hunskår	Sabine Ruths
2012	Hans Johan Breidablik	Selvopplevd helse hos unge-et spennende landskap	Eivind Meland	Stian Lydersen
2012	Liv Tveit Walseth	Change through ethical dialogue A theoretical and qualitative study of lifestyle counselling in general practice	Edvin Schei	Marit Skivenes
2012	Aasne Aarsand	Diagnosing and monitoring the porphyrias	Sverre Sandberg	
2012	Eirik Abildsnes	The general practitioner as lifestyle advisor. A focus group study exploring case story discussions	Per Stensland	Signe Flottorp
2012	Kjell H Halvorsen	Drug prescribing quality for older patients. Explicit indicators and multidisciplinary medication reviews	Sabine Ruths	Anne Gerd Granås, Per S. Stensland
2013	Karen Bach Nielsen	Helbredsscreening i allmennpraksis-Et kvalitativ studie om menneskers tanker og erfaringer	Kirsti Malterud	Lise Dyhr

År	Navn	Tittel	Hovedveileder	Biveileder
2013	Marit Ebbesen	Epidemiology of urinary incontinence in women, with emphasis on diabetes as a risk factor	Steinar Hunskaar	
2013	Ingrid H Johansen	Mental illness out-of-hours. Characteristics and challenges of patient contacts in emergency primary health care in Norway	Steinar Hunskaar	Tone Morken, Benedicte Carlsen
2013	Ingvild W Saxvig	Delayed sleep phase disorder. Prevalence, sleep, circadian rhythm and treatment	Bjørn Bjorvatn	Ståle Pallesen, Inger Hilde Nordhus
2013	Ane Wilhelmsen-Langeland	Delayed sleep phase disorder in adolescence and young adulthood	Bjørn Bjorvatn	Ståle Pallesen, Inger Hilde Nordhus
2013	Ann Helen Kristoffersen	Aspects of the use and interpretation of INR and D-dimer in primary and secondary care	Sverre Sandberg	Geir Thue
2013	Anne Stavelin	Analytical quality control of INR measurements in primary health care	Sverre Sandberg	Per Hyltoft Petersen
2013	Øystein Hetlevik	Register-based studies on continuity, collaboration and equity in general practice	Sturla Gjesdal	Kjell Haug
2014	David Jahanlu	The Hordaland women's cohort, a longitudinal study on urinary incontinence in middle-aged women	Steinar Hunskaar	
2015	Aase Aamland	Medisinsk uforklarte plager og symptomer (MUPS) og sykefravær – Allmennlegens rolle	Erik Werner	Kirsti Malterud
2015	Bente Dahl	Queer challenges in maternity care. A qualitative study about lesbian couples' experiences	Kirsti Malterud	Venke Sørli
2015	Kristian A Simonsen	The 2009 influenza pandemic in primary care. Clinical manifestations, attitudes and utilisation of services	Guri Rørtveit	Steinar Hunskaar
2015	Robert Burman	Chest pain out-of-hours. Prospective studies on diagnostics and management in out-of-hours emergency primary health care in Norway	Steinar Hunskaar	Erik Zakariassen
2015	Guttorm Raknes	Reisetid, reiseavstand og bruk av legevakt	Steinar Hunskaar	

År	Navn	Tittel	Hovedveileder	Biveileder
2015	<b>Marit Stordal Bakken</b>	Potentially inappropriate drug use and hip fractures among older people. Pharmacoepidemiological studies	Sabine Ruths	Anette Hysten Ranhoff, Lars B. Engesæter
2015	<b>Kristina Riis Iden</b>	Depression in nursing homes. Underdiagnostics and overtreatment	Sabine Ruths	Stefán Hjörleifsson, Knut Engedal
2016	<b>Merethe Røthing</b>	Towards improved partnerships between health professionals and family caregivers in Huntington's disease: a qualitative study	Jan C. Frich	Kirsti Malterud
2016	<b>Sverre Rørtveit</b>	Akuttmedisin i ein distriktskommune	Steinar Hunskår	Eivind Meland
2016	<b>Torgeir Gilje Lid</b>	Addressing alcohol in general practice	Eivind Meland	Geir Egil Eide, Sverre Nesvåg, Kirsti Malterud
2016	<b>Siri Carlsen</b>	The use of HbA1c as a quality indicator in diabetes care – analytical and clinical aspects	Sverre Sandberg	Torild Skrivarhaug, Lasse Gøransson
2016	<b>Helene Johannesen</b>	Characterization of Hydroxymethylbilane Synthase and Pharmacological Chaperone Treatment for Acute Intermittent Porphyria	Sverre Sandberg	Aurora Martinez, Karen Toska
2016	<b>Janice Andersen</b>	A patient-oriented perspective on porphyria: Psychosocial and health-related challenges of acute intermittent porphyria and porphyria cutanea tarda	Sverre Sandberg	Eva Gjengedal, Målfrid Råheim, Karin Nordin
2017	<b>Frøydis Gullbrå</b>	Children as next of kin and the general practitioner. A qualitative study about the general practitioner's opportunities to help	Marit Hafting	Guri Rørtveit, Tone Smith Sivertsen
2017	<b>Olav Thorsen</b>	General practitioners' referrals to specialist health services – exploring elements and factors in the referral process having an impact on patients' access to specialty care	Anders Bærheim	Jan Olav Johannesen, Lars Fosse, Odd Kvamme

År	Navn	Tittel	Hovedveileder	Biveileder
2017	<b>Ingrid K Rebnord</b>	Laboratory tests in out-of-hours services in Norway. Studies with special emphasis on use and consequences of C-reactive protein test in children	Steinar Hunskaar	Hogne Sandvik
2017	<b>Eirin Nybø Ellensen</b>	Norwegian Index for Emergency Medical Assistance. Studies on the use and precision of the emergency medical dispatch guidelines in Norway	Eirik Zakariassen	Torben Wisborg/ Steinar Hunskaar
2017	<b>Thomas Røraas</b>	Experimental designs and mathematical methods for estimating variance components in studies of biological variation	Sverre Sandberg	Bård Støve, Per Hyltoft Petersen.
2017	<b>Kristian Jansen</b>	End of life care in nursing homes – Palliative drug prescribing and doctors' existential vulnerability	Sabine Ruths	Margrethe Aase Schaufel
2017	<b>Reidun Sandvik</b>	Management of pain and burdensome symptoms in nursing home patients	Bettina Husebø	Geir Selbæk, Dag Aarsland
2018	<b>Stein Nilsen</b>	Allmennegers erfaringer om portvakt. utfordringer, håndtering og konsekvenser	Kirsti Malterud	Aase Aamland
2018	<b>Anette Fosse</b>	Livets slutt i sykehjem-pasientens ønske og legens rolle	Margrethe Aase Schaufel	Sabine Ruths, Kirsti Malterud
2018	<b>Satya Sharma</b>	Behandlingseffekt og utkommemål ved behandling av frossen skulder med kortisoninjeksjoner og om psykososiale faktorer påvirker resultatet	Anders Bærheim	Alice Kvåle/ Rolf Moe-Nilssen
2018	<b>Vegard Pihl Moen</b>	Disability in patients entering rehabilitation centres in secondary care in Norway: A cross-sectional study of predictors and the relationships with sense of coherence and health-related quality of life	Sturla Gjesdal	Jorunn Drageset, Geir Egil Eide
2018	<b>Christine Gulla</b>	A fine balance: Drug use in Norwegian nursing homes	Bettina Husebø	Reidun Kjome, Elisabeth Flo
2019	<b>Sverre Litleskare</b>	Long-term complications following an outbreak of giardiasis	Guri Rørtveit	Knut-Arne Wensaas

År	Navn	Tittel	Hovedveileder	Biveileder
2019	Kathy Ainul Møen	Cervical cancer screening among immigrants in Norway. Challenges, possibilities and the effect of an intervention	Esperanza Diaz	Bernadette Kumar
2019	Khalid G. Mohamed	The Gezira Family Medicine Project (GFMP). A scientific evaluation of a Master program for family physicians in Gezira, Sudan	Steinar Hunskår	Samira Hamid, Fatih Malik
2019	Gro Beate Samdal	Behaviour change interventions in primary health care	Thomas Mildestvedt	Eivind Meland
2019	Kjersti Blytt	Sleep in nursing home patients. Clinical assessment and the effects of pain treatment on sleep	Elisabeth Flo	Bjørn Bjorvatn, Bettina Husebø
2019	Ane Erdal	Efficacy of pain treatment on depression in patients with dementia	Bettina Husebø	Elisabeth Flo, Dag Aarsland
2020	Camilla Kjellstadli	Dying at home in Norway: health care utilization in the final months of life	Steinar Hunskår	Bettina Husebø, Elisabeth Flo
2020	Gunhild Felde	Urinary incontinence in relationship with anxiety and depression in women. An epidemiological study	Steinar Hunskår	Anders Engeland
2020	Luckson W Dullie	Quality of primary care from the patient perspective in south west Malawi: Development and application of the Malawian Primary Care Assessment Tool (Pcat-Mw)	Sturla Gjesdal	Eivind Meland
2020	Hogne V Buchvold	Shift work: Weight change and lifestyle factors	Bjørn Bjorvatn	Siri Waage, Ståle Pallesen
2020	Merethe Hustoft	Do interprofessional teams matter?	Øystein Hetlevik	Sturla Gjesdal, Eva Biringer
2020	Åsne Bakke	Type 2 diabetes in general practice in Norway: – status, time trends, and quality of care	Sverre Sandberg	Geir Thue
2020	Irene Aasmul	Advance Care Planning and the staff perspective: The development, implementation, and investigation of a complex intervention in the nursing home	Bettina Husebø	Elisabeth Flo

År	Navn	Tittel	Hovedveileder	Biveileder
2021	<b>Gunnar Husabø</b>	External inspections of healthcare organizations: A study of organizational and clinical effects of inspections on the management of sepsis in Norwegian hospitals	Einar Hovlid	Gunnar T Bondevik
2021	<b>Christer Frode Aas</b>	The burden of disease among people with severe substance use disorders	Lars Thore Fadnes	Kjell Arne Johansson, Alexander Modahl Leiva
2021	<b>Jørn Henrik Vold</b>	Potentially addictive substances among patients in opioid agonist therapy: dispensations, use and fatigue	Lars Thore Fadnes	Kjell Arne Johansson, Svetlana Skurtveit
2021	<b>Tone Bukve</b>	External quality assurance of point-of-care testing. Participant performance and commutability of the control material	Sverre Sandberg	Anne Stavelin
2021	<b>Elisabeth Strømme</b>	Changes in health among Syrian refugees. A prospective study along the migration trajectories from the Middle East to Northern Europe	Esperanza Diaz	Bernadette Kumar, Lars Thore Fadnes
2021	<b>Knut Erik Emberland</b>	Gastroenteritis in Norwegian primary care. Time trends and a waterborne outbreak	Guri Rørtveit	Knut Arne Wensaas
2021	<b>Wegdan Hasha</b>	The effect of two different interventions on chronic pain and mental health symptoms among Syrian refugees	Esperanza Diaz	Bernadette Kumar, Lars Thore Fadnes

## 14. Ansatte 1972–2022

*Michael 2022; 19: Supplement 29, 415–23.*

*Dette kapitlet har hatt som ambisjon å lage en liste over de ansatte i instituttmiljøet i allmennmedisin gjennom 50 år. Utvalget er langt fra lett å definere. I starten var instituttet egen enhet i fakultetet, der det var enkelt å identifisere både de faglige og administrative ansatte. Etter hvert fikk allmennmedisin også tillagt seg ansatte som ikke var ansatt i og for vårt fag. De administrative ble del av fellesadministrasjonen, og prosjektansatte og stipendiater kunne ha andre arbeidsgivere enn universitetet. De ansatte ved Noklus, Allmennmedisinsk forskningsenhet og Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin har vært eller er tett integrerte i et felles fagmiljø. Vi har likevel valgt ikke å ta deres ansatte med i listen, men konsentrert oss over de universitetsansatte. Det er gjort noen unntak for prosjektansatte med ekstern arbeidsgiver, inkludert stipendiater, der vedkommende for alle praktiske formål har virket som ansatt i instituttmiljøet.*

Gjennom årsmeldinger, bilder, ulike invitasjonslister og mange personlige henvendelser har vi identifisert og inkludert om lag 150 ansatte ved instituttet i disse 50 årene (Ramme). De har vært tilknyttet i en lang eller kort tid, i ulike funksjoner og i faste og midlertidige stillinger. Vi har angitt tidsrommet for ansettelsen, noen ganger har vi slått sammen perioder, selv om det kan ha vært et mindre opphold.

Listen inneholder dessverre helt sikkert noen feil, og personer kan være utelatt i mangel på tilgjengelig informasjon. Dette beklager vi, men må også erkjenne at i den digitale tidsalder er Universitetet i Bergen faktisk ikke i stand til å lage ansattlister over tid fra sitt personaladministrative system!

Etter ansattlisten har vi samlet bilder av de vitenskapelig ansatte og doktorgradskandidatene ved Fagområdet for allmennmedisin ved inngangen til jubileumsåret 2022.

## Ansatte 1972–2021

*Abildsnes, Eirik.* Postdoktor 2014–2017.

*Alræk, Terje.* Stipendiat 1998–2004.

*Alræk, Torild J.* Stipendiat 2005–2008.

*Alsnes, Ingvild Vatten.* Førsteamanuensis 2019–2020.

*Bassøe, Carl F.* Amanuensis 1984–1985.

*Berge, Siri Dalsmo.* Stipendiat 2021–.

*Bjørvatn, Bjørn.* Førsteamanuensis 1998–2002, professor 2003–.

*Bjørge, Arne.* Allmenlege ved legepraksisen Institutt for almenmedisin 1972–1984.

*Bondevik, Gunnar Tschudi.* Førsteamanuensis 2003–2012, professor 2013–.

*Breidablik, Hans-Johan.* Stipendiat 2010–2011.

*Breivold, Jørgen.* Stipendiat 2020–.

*Braadland, Hans.* Medarbeider Kompetansesenter for kliniske ferdigheter hos praktiserende leger 1994–1996.

*Buchvold, Hogne.* Stipendiat 2015–2020.

*Bærheim, Anders.* Hjelpelærer fra 1985–1986, stipendiat 1986–1989, amanuensis 1989–1993, førsteamanuensis 1994–2000, professor 2001–2018, professor emeritus fra 2018.

*Bærøe, Kristine.* Stipendiat 2002–2004.

*Christensen, Anne Kløv.* Renholder ved Institutt for almenmedisin.

*Diaz, Esperanza.* Stipendiat 2007–2008, førsteamanuensis 2009–2020, professor 2020–.

*Ebbesen, Marit.* Stipendiat 2009–2012.

*Efskind, Jon.* Allmenlege ved legepraksisen Institutt for almenmedisin 1972–1984.

*Emberland, Knut Erik.* Stipendiat 2016–2021.

*Eliassen, Knut Eirik R.* Førsteamanuensis 2019–.

*Eskeland, Benedicte.* Stipendiat 1992–2001.

*Eskerud, Jens R.* Amanuensis 1984–1985.

*Fadnes, Lars Thore.* Førsteamanuensis 2018–2020, professor 2020–.

*Fagerås, Randi.* Medarbeider i legepraksisen ved Institutt for almenmedisin før 1984.

*Fauske, Sverre.* Stipendiat 1989–1991.

*Felde, Gunnhild.* Stipendiat 2011–2020, førsteamanuensis 2020–.

*Fetveit, Arne.* Universitetslektor 2003–2004.

*Flo, Elisabeth.* Postdoktor 2013–2016.

*Flottorp, Signe.* Professor 2010–2012.

*Forthun, Ingeborg.* Postdoktor 2019–

*Fosse, Steinar.* Allmenlege ved legepraksisen Institutt for almenmedisin 1978–1981. Hjelpelærer 1980–1981.

*Fugelli, Per.* Professor 1984–1991.

*Galdal, Ingrid Rekdal.* Læreboksekretær 1996–1998.





*Figur 1: Sturla Gjesdal (f. 1952) var professor i allmennmedisin ved UiB fra 2008 og til han døde i desember 2020, 68 år gammel, etter lengre tids sykdom. Han var utdannet i Bergen i 1982, var kommunelege på Osterøy i en tiårsperiode etter turnustjeneste og deretter deltid fastlege ved Eidsvåg legekontor til 2020. Han var assisterende fylkeslege 1993–95 og trygdelege 1996–2003. Han startet sin akademiske karriere ganske sent og tok doktorgraden i 2003 med en avhandling om langtidssykmelding og overgang til uføretrygd. Han var først knyttet til det sosialmedisinske miljøet ved instituttet før han ble professor i*

*allmennmedisin. Han ledet Gruppe for helsetjenesteforskning (HELFO) som etter hvert ble del av FAM og senere HELFORSK. Han publiserte en lang rekke artikler med allmennmedisinske, sosialmedisinske og helseøkonomiske tema. Han var også involvert internasjonalt gjennom et prosjekt i Malawi, med utvikling av primærhelsetjenesten der. Dette resulterte i en ph.d. i 2020, der han var hovedveileder.*

*Gjesdal, Sturla. Førstemanuensis 2009, professor 2014–2020 (figur 1).*

*Grevstad, Anne Marie. Medarbeider i legepraksisen ved Institutt for almenmedisin før 1984.*

*Guldberg, Ann Mary. Allmennlege ved legepraksisen Institutt for almenmedisin 1975.*

*Hafting, Marit. Hjelpelærer 1987–1988, stipendiat 1987–1990.*

*Hagen, Eva. Medarbeider i legepraksisen ved Institutt for almenmedisin før 1984.*

*Haj Younes, Jasmin. Stipendiat 2017–2021.*

*Haltbakk, Johannes. Stipendiat 2002–2005.*

*Halvorsen, Kjell Herman. Stipendiat 2010–2012.*

*Hannestad, Yngvild S. Stipendiat 1998–2003.*

*Hasha, Wegdan Hamed Nasser. Stipendiat 2017–2021.*

*Hatland, Ingjerd. Kontorfullmektig 1987.*

*Haug, Tone Tangen. Allmennlege ved legepraksisen Institutt for almenmedisin 1982–1983, hjelpelærer 1982–1985.*

*Haug, Kjell. Allmennlege ved legepraksisen Institutt for almenmedisin 1982–1984, stipendiat 1985–1989, førstemanuensis 1990–1991.*

*Hauge, Tone. Hjelpelærer 1987–1988.*

*Hetlevik, Øystein. Stipendiat 2009–2013, førstemanuensis 2014–2020, professor 2020–.*

*Hjertholm, Åse. Kontorfullmektig 1993–1995.*

*Hjørleifson, Stefan. Stipendiat 2002–2008, førstemanuensis 2009–.*

*Hummerfelt, Sigurd. Professor 1972–1984.*

*Hunskår, Steinar.* Amanuensis 1986, førsteamanuensis 1987, professor 1992–.  
*Husebø, Bettina.* Postdoktor 2011, førsteamanuensis 2012–2016, professor 2016–2017.  
*Husøy, Astrid-Mette.* Førsteamanuensis 2000–2002.  
*Høvik, Peer.* Allmennlege ved legepraksisen Institutt for almenmedisin 1972–1973.  
*Indrekvam, Solfriid.* Stipendiat 1998–2002.  
*Iversen, Arils.* Stipendiat 2020–2021.  
*Iversen, Jon H.* Hjelpelærer 1986.  
*Jacobsen, Lisbeth.* Sekretær 1986.  
*Jahanlu, David.* Stipendiat 2007–2010.  
*Jensen, Unni.* Medarbeider i legepraksisen ved Institutt for almenmedisin før 1984.  
*Jensen, Solveig.* Renholder ved Institutt for almenmedisin.  
*Johansen, Kjell.* Allmennlege ved legepraksisen Institutt for almenmedisin 1972–1982.  
 Stipendiat 1982–1985.  
*Jorewitz, Karin.* Medarbeider i legepraksisen ved Institutt for almenmedisin før 1984.  
*Kismul, Reidun.* Amanuensis 1993–1994.  
*Kjellstadli, Camilla.* Stipendiat 2017–2020.  
*Kjome, Reidun.* Stipendiat 2004–2008.  
*Kjosavik, Svein.* Stipendiat 2007–2012.  
*Klovning, Atle.* Amanuensis 1993–1996 og vit.ass./stipendiat 1997–1999. Førsteamanuensis 2002–2006.  
*Knutsen Julie S.* Stipendiat 2021–  
*Krüger, Kjell.* Førsteamanuensis 2015–2016.  
*Kvalvåg, Marion.* Læreboksekretær 1995.  
*Kvernhusvik, Sigrun.* Medarbeider i legepraksisen ved Institutt for almenmedisin før 1984. *Langørgen, Aina.* Universitetslektor 2003–2005.  
*Larsen, Gerd Moldestad.* Medarbeider i legepraksisen ved Institutt for almenmedisin før 1984. *Lehmann, Egil H.* Hjelpelærer 1988–1989.  
*Lysebo, Asta Meland.* Medarbeider Kompetansesenter for kliniske ferdigheter hos praktiserende leger 1997–1998.  
*Lærum, Even.* Hjelpelærer 1986–1987. Forskningsveileder/professor 1986–1989.  
*Lømsland Toril.* Vitenskapelig assistent 1987.  
*Malterud, Kirsti.* Førsteamanuensis 1987–1992, professor 1992–2019, professor emerita fra 2019.  
*Meland, Eivind.* Hjelpelærer 1987–1988, vitenskapelig assistent 1988–1989, stipendiat 1990–1997, førsteamanuensis 1998–2009, professor 2010, professor emeritus fra 2018.  
*Melve, Kari Klungsoyr.* Amanuensis 1993–1994, stipendiat 1994, førsteamanuensis 2001–2003.  
*Mildestvedt, Thomas.* Stipendiat 2003–2008, førsteamanuensis 2009–.  
*Miljeteig, Ingrid.* Stipendiat 2004–2010.  
*Mjanger, Rune.* Medarbeider Kompetansesenter for kliniske ferdigheter hos praktiserende leger 1994–1996.

*Mjøllem, Inga.* Medarbeider i legepraksisen ved Institutt for almenmedisin før 1984.

*Moen, Bente.* Allmennlege ved legepraksisen Institutt for almenmedisin 1984.

*Myrvold, Ester.* Kontorfullmektig fra 1986/førstekontorfullmektig 1988–1990.

*Mæland, John Gunnar.* Førsteamanuensis 1987–1989.

*Møen, Kathy Ainul.* Stipendiat 2015–2019, førsteamanuensis 2020–.

*Nessa, John.* Hjelpelærer 1987–1989, førsteamanuensis 1999–2019.

*Nilsen, Johan Fredrik.* Allmennlege ved legepraksisen Institutt for almenmedisin 1978–1984.

*Nilsen, Bente.* Medarbeider i legepraksisen ved Institutt for almenmedisin før 1984.

*Nilsen, Inger.* Læreboksekretær/prosjektmedarbeider 1999–2003.

*Nilsen, Stein.* Universitetslektor 2003–2005.

*Nilsson, Finn.* Hjelpelærer 1975–1979.

*Norheim, Ole Frithjof.* Førsteamanuensis 1999–2002, professor 2003–2012.

*Nymark, Mona.* Sekretær 1996.

*O'Donnell, Maire.* Stipendiat 2003–2007.

*Ohnstad, Per Morten.* Amanuensis 1985. Hjelpelærer 1988.

*Olavsen, Gerd.* Førstesekretær fra 1988. Fellesadministrasjon ISF fra 1991–1994.

*Olsen, Berit.* Amanuensis 1985–1986.

*Pahlavanyali, Sahar.* Stipendiat 2018–.

*Rebnord, Ingrid Keilegavlen.* Førsteamanuensis 2020–.

*Riiser, Sharline.* Universitetslektor og fylkeskoordinator i Sogn og Fjordane 2020–.

*Rokstad, Kirsten Skinlo.* Vitenskapelig assistent 1986. Stipendiat 1987–1994.

*Rosvold, Gudrun.* Kontorfullmektig 1994–1995.

*Ruths, Sabine.* Førsteamanuensis 2005–2011, professor 2011–.

*Rørtveit, Guri.* Universitetslektor 1998–2001, stipendiat 2001–2004, førsteamanuensis 2004–2009, professor 2010–.

*Salomonsen, Kirsten.* Kontorfullmektig/førstekontorfullmektig fra 1985. Fellesadministrasjon ISF 1991–2003.

*Sandberg, Sverre.* Professor 1990–2020, professor emeritus fra 2020.

*Sandvik, Høgne.* Amanuensis 1991–1993, stipendiat 1993–1996.

*Sangolt, Inger Johanne.* Medarbeider i legepraksisen ved Institutt for almenmedisin før 1984.

*Saxvig, Ingvild.* Stipendiat 2007–2012.

*Schaefer, Mossen.* Medarbeider i legepraksisen ved Institutt for almenmedisin før 1984.

*Schei, Odd M.* Allmennlege ved legepraksisen Institutt for almenmedisin 1972–1977.

*Schei, Edvin.* Medarbeider Kompetansesenter for kliniske ferdigheter hos praktiserende leger 1996, førsteamanuensis 1998–2010, professor 2010–.

*Schjerven, Tore.* Allmennlege ved legepraksisen Institutt for almenmedisin 1978–1979.

*Seim, Arnfinn.* Stipendiat 1994–1997.

*Setekleiv, Geirr.* Medarbeider Kompetansesenter for kliniske ferdigheter hos praktiserende leger 1994–1996.

*Sharma, Satya.* Stipendiat 2010–2018, førsteamanuensis 2020–.

*Simonsen, Kristian.* Stipendiat 2010–2014.

*Skeie, Svein.* Stipendiat 1998–2000.

*Skjerven, Tone.* Daglig leder Kompetansesenter for kliniske ferdigheter hos praktiserende leger 1994–1998.

*Smith-Sivertsen, Tone.* Førsteamanuensis 2002–2009, professor 2010–2011.

*Stensland, Per Steinar.* Amanuensis 1985, hjelpelærer 1986–1987, førsteamanuensis 1999–2013, professor 2013–2019, professor emeritus fra 2019.

*Strand, Roger.* Førsteamanuensis 2003.

*Straand, Jørund.* Vitenskapelig assistent 1988–1989, stipendiat 1990–1997, amanuensis 1994–1995, førsteamanuensis 1996–2000.

*Støylen, Jorunn.* Kontorfullmektig/administrasjonssekretær/førstesekretær fra 1972–1989.

*Sulheim, Olav.* Amanuensis 1972–1984.

*Søbstad, Øystein.* Hjelpelærer fra 1988–1989.

*Una Ørvim Sølvik.* Førsteamanuensis 2004–2018.

*Sørensen, Eli.* Førsteamanuensis 2005–2006.

*Sørheim, Inga Cecilie.* Fylkeskoordinator i Rogaland og førsteamanuensis 2020–.

*Søvik, Dag H.* Hjelpelærer 1979–1984.

*Tharaldsen, Britt.* Sekretær 1989–1990.

*Thesen, Janecke.* Stipendiat 1992–2001. Førsteamanuensis 2002–2005.

*Thrane, Eva.* Fysiokjemiker i legepraksisen ved Institutt for almenmedisin før 1984.

*Thue, Geir.* Hjelpelærer 1985–1988. Stipendiat 1989–1993, professor 2010–2020.

*Tollånes Mette.* Førsteamanuensis 2020–.

*Tynæs, Egil.* Allmenlege ved legepraksisen Institutt for almenmedisin 1976–1977.

*Tønsaker, Signe.* Fullmektig 1993–1994, førstesekretær /konsulent fellesadministrasjon ISF 1995–2005.

*Undeland, Merete.* Stipendiat 1998–2000.

*Vedvik, Christina.* Medarbeider i legepraksisen ved Institutt for almenmedisin før 1984.

*Vik, Aase.* Laboratorieassistent i legepraksisen ved Institutt for almenmedisin før 1984.

*Vikøren, Beth.* Medarbeider i legepraksisen ved Institutt for almenmedisin før 1984.

*Voltersvik, Pål.* Amanuensis 1987.

*Værøyvik, Sissel.* Læreboksekretær 1995–1996.

*Wensaas, Knut-Arne.* Universitetslektor 2003–2008, stipendiat 2008–2011, førsteamanuensis 2016–2018.

*Wesnes, Stian Langeland.* Stipendiat 2007–2011.

*Wilhelmsen-Langeland, Ane.* Stipendiat 2007–2013.

*Willumsen, Nina.* Amanuensis 1994–1995, førsteamanuensis 1996–1997.

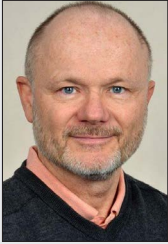
*Waage, Siri.* Stipendiat 2005–2010, postdoktor. 2013–2019.

*Zachariassen, Signe M.* Sekretær 1987–1994. førstesekretær/undervisningssekretær fellesadministrasjonen ISF 1997–2008.

*Zakariassen, Erik.* Førsteamanuensis 2010–2020, professor 2020–.

*Øyane, Nicolas.* Førsteamanuensis 2020–.

## Vitenskapelige ansatte



Bjørn Bjorvatn  
professor



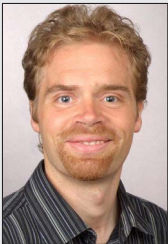
Gunnar T. Bondevik  
professor



Anders Bærheim  
professor emeritus



Knut Eirik Eliassen  
førsteamanuensis



Lars Thore Fadnes  
professor



Gunhild Felde  
førsteamanuensis



Ingeborg Forthun  
postdoktor



Øystein Hetlevik  
professor



Stefan Hjørleifsson  
førsteamanuensis



Steinar Hunskaar  
professor



Kirsti Malterud  
professor emerita



Eivind Meland  
professor emeritus



Thomas Mildestvedt  
førsteamanuensis



Kathy Møen  
førsteamanuensis



Ingrid Rebnord  
førsteamanuensis



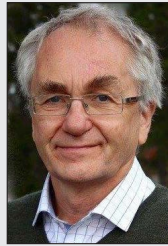
Sharline Riiser  
universitetslektor



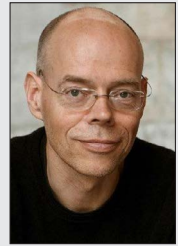
Sabine Ruths  
professor



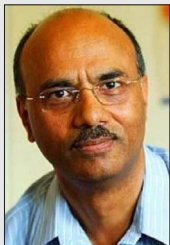
Guri Rørtveit  
professor



Sverre Sandberg  
professor emeritus



Edvin Schei  
professor



Satya Sharma  
førsteamanuensis



Per Stensland  
professor emeritus



Inga Cecilie Sørheim  
førsteamanuensis



Mette Tollånes  
førsteamanuensis



Erik Zakariassen  
professor



Nicolas Øyane  
førsteamanuensis

## Doktorgradskandidater



Siri Dalsmo Berge



Anne Mette  
G. Berget



Jesper Blinkenberg



Jørgen Breivold



Fatemeh  
Chalabianloo



Karl Trygve  
Druckrey-Fiskaaen



Linn Evanger



Tine A. Flaa



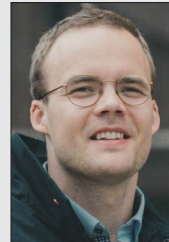
Einar Furulund



Ina Grung



Anneli Borge Hansen



Lars Emil Aga  
Haugom



Gunnhild Hunskaar



Ingjerd Jøssang



Julie S. Knutsen



Heidi Marie  
K. Meling



Vivian Midtbø



Kristian R.  
Myklevoll



Marit Nymoén



Dag Ståle Nystøyl



Sahar Pahlavanyali



Sara Tahir



Nina-Margrethe  
T. Theodorsen



Stein Vabo



Jasmin Haj Younes



## 15. Entreprenørar i Bergens allmenmedisinske akademi. Steinar Hunskår i samtale med Edvin Schei

*Michael 2022; 19: Supplement 29, 424–31.*

*Steinar var ein introvert museforskar utan allmenmedisinsk røynsle då han vart teken opp i Bergens syltynne allmenmedisinske akademi av Per Fugelli i 1986. Sidan har han aldri snudd seg attende. Tjue år seinare hadde Bergen like mange allmenmedisinske forskarstillingar som resten av landet til saman. Kvifor vart det slik? Kva var visjonane, korleis skjedde det, og kvar kom energien frå?*

«Eg har eit sterkt konkurranseinstinkt. Rett nok toler eg å tape, men eg likar best å vinne!» Steinar humrar sjølvironisk i skjegget. Det er ein bleik novembermorgon, vi sit i eit lunt rom i toppetasjen i Alrek helseklynge, den nye heimen til Fagområde for allmenmedisin, med utsyn mot Bergen sentrum gjennom regnbyene.

Berre eit steinkast unna låg bygga som i studietida vår var PKI, dei prekliniske institutta. Steinar kom dit i 1984 som vitskapleg assistent i fysiologi, ikkje driven av særskilt interesse for musenevrofysiologi, men fordi det var jobb tørke for legar. «Eg søkte vikariat som sjukeheimslege i Laksevåg, og fekk ikkje jobben.» I studietida såg han ikkje seg sjølv som framtidig allmenmedisinar, men han merka seg ut som studentaktivist. Han ville ha ei legeutdanning som kunne skape gode legar for alle, også i fjordar og bygder, slik han kjende dei frå eigen oppvekst i Sogn og Fjordane.

Redaktøren av jubileumsboka har latt seg overtale til å fortelje frå si innhaldsrike akademiske historie, og som i alt han gjer, går han grundig og omfattande til verks i samtalen.

### **Bråkmakaren som kom inn i varmen**

I 1986 dreiv Steinar med eksperimentell nevrofysiologi. Institutt for allmenmedisin lyste ut fire kombistillingar, 50-50 klinikar og forskar, og Per

Fugelli var den godt synlege professoren i allmennmedisin. «Er du den Hunskår som lagar bråk i fakultetsstyret?» spurte Per. «Då kunne eg godt tenke meg at du fekk jobb her». Fugelli si røynsle tilsa at det var lettare å gjere god allmennlege av ein forskar, enn god forskar av ein innbarka kliniker. Slik gjekk det til at både Steinar Hunskår og Kirsti Malterud kom inn i akademisk allmennmedisin i 1986–87. Begge vart leiarar i det allmennmedisinske akademiet, også internasjonalt. Og dei er så ulike som folk kan vere, i personlegdom, legning og fagleg innretning.

Kanskje har nokon undra seg på om dei har slåst mykje på kammerset, desse to? «Sanninga er at Kirsti og eg har gjort meir i lag, og hatt meir glede og nytte av kvarandre enn kanskje nokon veit. Eg trur ekstreme motpolar tiltrekk kvarandre, også når det gjeld personlegdom. Strategiane våre som forskarar var heilt ulike. Det har skapt komplementære faglege vinstar og perspektiv, med sterk metodekompetanse rundt Kirsti, og fokus på eit stort og utforska klinisk område, som nokså tilfeldig er urininkontinens, for mitt vedkomande. Ved å samarbeide har vi legitimert begge typar tilnærming til kunnskapsproduksjonen, og bidratt til ein fagkultur med mangfald og høg kvalitet, kor statistiske, epidemiologiske, kvalitative og vitskapsteoretiske tilnærmingar vart synlege og forståelege for nye rekruttar, gjennom samtalane og publikasjonane i det som vart eit raskt veksande allmennmedisinsk forskingsmiljø.»

### **Kva er det med entreprenørar?**

Institutt for allmennmedisin i Bergen strevde dei første åra med å produsere forskning og publikasjonar – den første doktorgraden kom 18 år etter opninga. Det var Per Fugelli som frå 1984 tok kreative grep, medverka til dei første faglege satellittane, som Noklus, og verva nye folk som også viste seg å vere entreprenørar, og som sidan har vore ryggstøyla i Bergensakademiet (figur 1). Kirsti Malterud bygde opp respekt for og kompetanse på kvalitativ forskning i norsk og internasjonal medisin. Steinar har levert avgjerande bidrag til ei rad knoppskytingar og nyvinningar, eksempelvis *Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin* og læreboka *Allmennmedisin*, som er oversett til svensk, dansk og latvisk og snart kjem i fjerde fornya utgåve. Kva har han å seie om å vere «gründer»?

«Du må ha ei god sak, du må ha visjonar om noko som kan bli finare og sterkare i framtida, og du må sjå med optimistisk skråblikk rundt deg, og vurdere alt mogeleg som kan brukast til å fremje saka – slik Oskeladden brukte ein daud skjereunge og ein utgått skosole til å målbinde prinsessa og vinne halve kongeriket. Får du to heile universitetsstillingar, kan du dele



*Figur 1: Entreprenørskap har fleire tydingar. Til 50-årsdagen i 2006 fekk Steinar ei spesiell gåve frå medarbeidarane i Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin: Oppløring i køyring av veghøvel i regi av Statens vegvesen. Den 20 tonn tunge maskina til 3 millionar kroner vart flytta frå Stord til Bønes idrettsplass spesielt for denne dagen. Bakgrunnen for gåva var at Steinar i fleire diskusjonar og innlegg om legevaktmedisin og spesialistutdanning i allmennmedisin hadde brukt køyring av veghøvel som eksempel på trongen for høg kompetanse, men der formalkompetansen ofte ikkje sto i høve til realkompetansen. Steinar har sjølv maskinførarbevis og formalkompetanse i køyring av gravemaskin, etter 40 timar med teori og praksis. Krava er dei same for veghøvel, men etter Steinar si meining ga denne formalkompetansen skremmande dårleg realkompetanse; han meinte at minst 200 timar må til for å meistre ei slik maskin, som planerer og doserer med ein feilmargen på 4 mm ved hjelp av ultralyd, laser og GPS. Oppslag i avisa Strilen 27. juni 2006. Foto: Linda E. Eide, Strilen.*

dei i fire halve, slik at du får fleire hjernar og hender på laget. Slik får du to pluss to til å bli meir enn fire.

Eg har framleis den same visjonen som eg trur Per F hadde frå start, nemleg at allmennmedisin skal bli eit sterkt akademisk fag i legeutdanninga og i helsevesenet. På 1980-talet trongs det både ideologi og vitenskap, du måtte «skrive ditt fag» og skape sterk forskning som kunne gjere faget truverdige ved universitetet. Allmennmedisin hadde grunne pilarar og måtte forsterkast overalt, med påfyll i grunnutdanning, spesialistutdanning, teori, vitenskap og klinikk. Folks kvardagshelse var då som no kompasset og motivasjonen – eit mylder av helseproblem og sosial liding som opna store kunnskapsfelt for ny forskning og undervising.

Ein faktor som knapt kan overvurderast når noko nytt skal skapast, er styrken i gode alliansar. Vi har alltid hatt støtte frå søsterinstitutta, først i Oslo, seinare i Trondheim og Tromsø. Men det var Den norske legeförening som var den store velgjeraren – det er knapt ei overdriving å seie at dei med sine velplasserte pengar – dei betalte heile gildet i ei årrekke – tvang eit konservativt universitet til å etablere eit institutt for allmennmedisin, medan sjukehusprofessorar haldt seg for nasen. Men då det var gjort, måtte vi sjølve syte for vekst og vidare styrking av innhald og omdøme. At vi fekk Noklus her, og ikkje i Oslo, var eit sjokk for mange. Per F såg at det låg ei framtid i symbiosen med laboratoriemedisin, og fekk den eksperimentelle porfyri-forskaren Sverre Sandberg med på laget. Saman klarte vi å vise med solide argument at Bergen var rette staden for eit nasjonalt kompetansesenter retta mot primærhelsetenesta.

Effekten var at allmennmedisinmiljøet fekk fleire krefter, høgare status og fleire gode folk. Eg såg kor mykje som kan komme ut av fagleg knopp-skyting, og har i ettertid hatt ein eller fleire fingrar med i spelet i ei rekke prosjekt, som Allmennmedisinsk Forskning Ryfylke, Kompetansesenter for kliniske ferdigheter hos praktiserende leger, Allmennmedisinsk forsknings-enhet og SKIL. Mest stolt er eg nok av Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM). Det starta som ein irritasjon over ein stortings-debatt om akuttmedisin der det berre var sjukehusa som skulle få pengar. Det var både urettferdig og ei grov feilvurdering av kva som trengs for å få god akuttmedisin i bygd og by. Så då bar det til med å brette opp ermane og drive lobbyverksemd til vi fekk på plass eit senter.»

Steinar kan fortelje frå 35 år som akademisk entreprenør og Oskeladd, og er oppteken av krafta i strategiar, alliansar og kreativ optimisme. Men kva skal ein tenke om det harde arbeidet som kjem *etter* at ein god idé har slått rot, når oppgåva ligg der, blank og uløyst? Alle som kjenner Steinar veit at han er viljug til å jobbe lange dagar, veke etter veke, år etter år – det

er berre i slåttonna på forsommaren at han held seg borte frå kontoret, og då for å sitje på traktoren frå morgon til kveld, på garden som kona driv – der han ein gong kom i lokalavisa med skrytebilete etter å ha skote fem hjortar på bøen ein septembermorgon. Eg spør undrande om han er heilt utan redsle for å ta på seg store mengder arbeid, som for andre ville synest uhorvelege og mest umogelege, ja som å flytte eit fjell av sand og grus med ei teskei. Dette er eit spørsmål han ikkje synest å ha tenkt på (figur 2). «Ja, eg kvir meg ikkje for å seie ja til jobbar som krev hardt arbeid lenge. Sånn har eg vel alltid vore. Det er berre å halde på trutt og lenge nok, så får ein det gjort.»

### **Kontroversane rundt læreboka *Allmennmedisin***

Eg har sett Steinar Hunskaar så sliten at han var grågrøn i andletet veker i strekk. Det var den hausten læreboka *Allmennmedisin* skulle klargjerast i andre utgåve. Då eg nemner den tida, trekk han fram at han hadde det verre før førsteutgåva, i 1997. Då var han framleis usikker på om boka var ein god idé, om den ville bli teken i bruk, om alt arbeidet ville kaste noko av seg, eller om han gjorde seg til latter med optimismen sin. For det mangla ikkje på motstemmer og besserwisserar som spådde bokprosjektet nord og ned. Det fanst respekterte allmennmedisinske høvdingar som meinte at faget var for mangslungent og erfaringsforankra til å kunne beskrivast, enn sei strukturert og samlast i lærebokformat. Frå motsett hald kom dei gjengse fordomaner, om at allmennmedisin berre er litt av alt anna, og ikkje eit fag i seg sjølv. For Steinar var det eit identitetsprosjekt å skape ei ny lærebok. Frå tida si som student på Matematisk institutt hadde han fått med seg at eit «fag» ved universitetet er noko som veks fram av eit mor-fag, i dette høvet sjukehusmedisinen. Det er først når ein har innhald nok til å lage eiga lærebok, at ein verkeleg har eit nytt fag. «Viss allmennmedisin ikkje kan beskrivast, og ikkje kan ha eiga lærebok, så kan eg truleg ikkje bli i faget, tenkte eg på den tida.»

Arbeidet måtte gjerast som ein dugnad. Dei beste allmennmedisinarane og forskarane frå heile landet måtte vere med, skrive sine delar, og sikre at boka fekk den kvaliteten, breidda og slagkrafta som var nødvendig for legitimitet og bruksverdi. Men korleis skulle ein få dei sterkaste fagfolka til å samlast om ein måte å gjere det på, kva skulle vere formatet og innhaldet i ei lærebok i allmennmedisin?

Mange hadde sterke meiningar. Det var særleg to motstemmer som var vanskelege å sameine for redaktøren. Den første hevda at boka måtte løfte fram det som er særige for allmennmedisinen, dette annleisfaget kor legen følger pasientane gjennom alle livsfasar, mens sjukdomar kjem og går, sjel-



Figur 2: Steinar Hunsikar portrettert i høve 60-årsdagen av den norske, internasjonalt kjente avisteiknaren Øyvind Hovland, busett i London. Portrettet var ei gåve frå Uni Research Helse. Det var basert på bilde, CV-en og ei stikkordliste over aktivitetar, og hadde tittelen: «The leader: A doctor, researcher, teacher, and farmer. How does he do it all?»

dan livstrugande, der prevalensen av sjukehusmedisinske tilstandar er låg, og det er nærleik, kontinuitet, breidde, kommunikasjon og skreddarsaum som utgjer allmennlegen sine viktigaste faglege tilnærmingar. «Ta ut sjukdomskapitla» sa denne stemma. Den andre stemma såg heilt annleis og pragmatisk på prosjektet: «Vi treng ei bok kor vi kan finne råd og kunnskap om alle dei ulike symptoma, plagene og sjukdomane som fyller kvardagen til ein allmennlege, og som ein ikkje lærer om på sjukehuset.» For at boka ikkje skulle bli for tjukk, meinte desse, måtte ein ta ut «alt det andre». Så fekk ein heller skrive ei anna bok om faglandskapet og den allmenntilleggslege ideologien.

Steinar ser alvorleg ut mens han snakkar om tida då det storma rundt planane for ny lærebok. «For meg var det heile tida klårt at begge perspektiva måtte med, dersom boka skulle kunne bli grunnmuren i faget. Og då eg sto på den oppfatninga, var det folk som trekte seg ut og ikkje ville bidra. Det var nok røynslene med å undervise studentar som gjorde det så tydeleg for meg. Dei skal lære alt frå botnen. Dei treng eit læreverk der dei i ulike fasar av studiet kan gå til det dei treng, og finne ut korleis til dømes nevrologi eller indremedisin presenterer seg og vert handsama i allmennpraksis. Men dei, og vi som undervisarar, treng også ei truverdig og godt dokumentert kjelde som kan beskrive og forklare korleis ein må tenke og ta avgjerder i dette faget, kva ein må kunne, kva slags oppgåver pasientane legg i allmennlegen sine hender, og kven desse pasientane er, i alt sitt mangfald. Dette sto rimeleg klårt for oss i redaksjonen, men vi kunne jo likevel ikkje vite om ei slik bok ville slå an, eller om den ville bli ein flopp, og med det dra heile faget vårt ned. Difor var eg stressa i tillegg, ikkje berre overarbeidd, slik eg har vore i kvar runde med nye utgåver, og heilt sikkert kjem til å bli neste år, med fjerdeutgåva på arbeidsbenken.» Han smiler resignert no, som den erfarne arbeidsnarkomanen han er.

### **Strukturane som skapar tenking**

«Då Per Fugelli drog til Oslo og vart sosialmedisinar i 1991, var tida over for Institutt for allmennmedisin. Vårt miljø vart ein del av det store Institutt for samfunnsmedisinske fag (ISF), seinare Institutt for global helse og samfunnsmedisin (IGS). Det kunne ha gått gale. Det var ikkje ei naturlov at ei gruppe for akademisk allmennmedisin skulle halde fram med å vakse seg sterk i åra som følgde. At det gjekk så fint, skuldast dyktige folk, men også dei viktige strukturane – møtestadane og rytmen gjennom året – som Per Fugelli hadde bygd arbeidet rundt, og som gjer det mogleg for dei tilsette å utvikle seg og bidra til å forme både kunnskapen og miljøet. Og desse strukturane finst den dag i dag! Kvar veke er det lagt til rette for å tenke

saman om forskning, undervising, og dei mange sakene som dukkar opp gjennom året. Den gode arenaen som no heiter «Akademimøtet», gjev rom for rekruttane til å legge fram sine prosjekt, gjere seg kjent i miljøet, og få dei eldre sine kommentarar og vurderingar. Det er avgjerande at det er intellektuell trivnad i eit miljø som vårt, og då må vi syte for å lage gode rom for ærlege dialogar, nye idear, faglege utspel og innspel.

Når alt kjem til alt er det tenkinga, og den lange samtalen om korleis vi skal forstå og bygge verda, som er universitetet.»



# Forfattere

*Michael 2022; 19: Supplement 29, 432–4.*

*Et tjuetalls tidligere og nåværende medarbeidere ved instituttmiljøet har bidratt med tekst, innsamling av opplysninger og med illustrasjoner i et slikt omfang at de er angitt som forfattere eller medarbeidere på de enkelte kapitlene. Nedenfor følger minibiografier over disse. I tillegg har mange personer bidratt med å kvalitetssikre enkeltopplysninger, kommet med tips og ideer til innhold, levert fra seg dokumenter og annet materiale, samt sendt bilder. Ingen nevnt og ingen glemte. Men redaktøren er svært takknemlig for all hjelp og alle mindre bidrag, som til sammen har gjort boka variert og mer interessant.*

- Bjorvatn, Bjørn M.** (f. 1963). Dr.med. og spesialist i allmennmedisin. Professor i allmennmedisin. Allmennlege/fastlege ved Ulriksdal legesenter og Fjellsiden legesenter 1998–2015. Leder av Nasjonal kompetansetjeneste for søvnsykdommer ved Haukeland universitetssjukehus fra 2004.
- Bondevik, Gunnar Tschudi** (f. 1960). Dr.med., spesialist i allmennmedisin og fastlege i Bømlo kommune. Professor i allmennmedisin ved UiB og forsker ved Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM).
- Bærheim, Anders** (f. 1948) er professor emeritus i allmennmedisin ved UiB. Han var stipendiat på NAVF-programmet i årene 1986–1989 og disputerte i 1994 med Even Lærum som hovedveileder. Grunnla Senter for tverrprofesjonell samarbeidslæring (TVEPS) i 2013.
- Diaz, Esperanza** (f. 1971). Professor i allmennmedisin ved UiB. Dr.med. og spesialist i allmennmedisin. Leder for Pandemisenteret ved UiB. Tidligere fastlege og leder av Faggruppe for allmennmedisin.
- Fosse, Steinar** (f. 1945). Tidligere allmennlege og fastlege i Bergen. Arbeidet i legepraksisen ved Institutt for almenmedisin 1978–1981.

- Haug, Kjell** (f. 1948). Dr.med. og professor emeritus i sosialmedisin ved UiB. Tidligere førsteamanuensis ved Institutt for almenmedisin og lege ved allmennpraksisen samme sted.
- Hunskår, Steinar** (f. 1956). Dr.med. og spesialist i allmennmedisin. Professor i allmennmedisin ved UiB. Tidligere allmennlege og fastlege i Bergen og Lindås 1986–2018. Har også vært tilknyttet Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM) siden 2005, derav 12 år som leder. Initiativtaker og redaktør for denne boken.
- Malterud, Kirsti** (f. 1949). Dr.med. og spesialist i allmennmedisin. Professor emerita i allmennmedisin ved UiB. Tidligere allmennlege og fastlege i Oslo og Bergen. Har også vært tilknyttet Universitetet i Oslo og Københavns Universitet i bistillinger som professor II.
- Meland, Eivind** (f. 1950). Dr. med, spesialist i allmennmedisin. Professor emeritus i allmennmedisin ved UiB og ALIS-veileder i Bergen kommune. Tidligere distriktslege i Etne kommune og bydelslege/fastlege ved Olsvik legesenter, Bergen.
- Mildestvedt, Thomas** (f. 1972). Førsteamanuensis og fagområdeleder i allmennmedisin, UiB. Ph.d., spesialist i allmennmedisin og fastlege i Bergen.
- Møen, Kathy Ainul** (f. 1973). Ph.d. og spesialist i allmennmedisin. Førsteamanuensis i allmennmedisin ved UiB. Faglig leder og fastlege ved Alrek legesenter.
- Nilsen, Johan Fredrik** (f. 1949). Allmennlege i legepraksisen ved Institutt for almenmedisin 1978–1984, senere privat allmennpraksis i Bergen. Fra 2005 allmennlege, bedriftslege og ansatt i et privat foretak i Oslo.
- Rebnord, Ingrid Keilegavlen** (f. 1970). Førsteamanuensis i allmennmedisin ved UiB. Ph.d., spesialist i allmennmedisin og fastlege i Øygarden kommune. Forsker ved Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM).
- Ruths, Sabine** (f.1958). Professor dr. med. ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen. Forsker ved AFE Bergen, og leder samme sted 2016–2018. Spesialist i allmennmedisin og tidligere fastlege i Os.
- Rørtveit, Guri** (f. 1965). Professor i allmennmedisin, dr. med. og instituttleder ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen (2016–2023). Leder av AFE Bergen (2006–2015). Spesialist i allmennmedisin og tidligere fastlege i Bergen.
- Sandberg, Sverre** (f. 1950). Professor emeritus i allmennmedisin / primærhelsetjenestens biokjemi ved UiB. Dr.med. og spesialist i medisinsk biokjemi. Har ledet Noklus fra starten i 1992.

- Sandvik, Hogne** (f. 1954). Dr.med. og spesialist i allmennmedisin. Fastlege ved Morvik legekontor i Bergen og forsker ved Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM).
- Schei, Edvin** (f. 1957). Professor i allmennmedisin ved UiB, spesialist i allmennmedisin og tidligere fastlege. Stiftet Filosofisk poliklinikk i 1998, som han fortsatt leder.
- Stensland, Per** (f. 1949). Dr.med., spesialist i allmennmedisin og samfunnsmedisin. Professor emeritus i allmennmedisin ved UiB. Tidligere fylkeslege i Sogn og Fjordane og kommunelege i Sogndal og Hadsel.
- Straand, Jørund** (f. 1951). Dr.med. og spesialist i allmennmedisin. Professor emeritus i allmennmedisin ved UiO. Institutt for allmennmedisin/ Ulriksdal legesenter/Institutt for samfunnsmedisinske fag UiB 1988–2000.
- Øyane, Nicolas** (f. 1979) har vært leder for SKIL siden oppstarten og er førsteamanuensis II i allmennmedisin ved UiB. Han er spesialist i allmennmedisin, har ph.d. og master i helseadministrasjon.
- Zachariassen, Signe M.** (f. 1954), Prosjektsekretær ved IAM fra 1987, siden i fellesadministrasjonen ved ISF/IGS til 2008 og NKLM inntil 2019.

# Forkortelser

*Michael 2022; 19: Supplement 29, 435–6.*

AFE	Allmennedisinsk forskningsenhet
AFR	Allmennedisinsk Forsking Ryfylke
AFU	Allmennedisinsk forskningsutvalg
ALFA	Faggruppe for allmennmedisin
ALFO	Forskningsgruppe for allmennmedisin
ALIS	Allmennlege i spesialisering
AMFF	Allmennedisinsk forskningsfond
APLF	Alment Praktiserende Lægers Forening
BMJ	British Medical Journal
DNLF	Den norske legeförening
EGPRN	European General Practice Research Network
EPJ	Elektronisk pasientjournal
EURACT	European Academy of Teachers in General Practice
FAM	Fagområde for allmennmedisin
FAMFIB	Felles allmennedisinsk forskning i Bergen
IAM	Institutt for allmennmedisin
IGS	Institutt for global helse og samfunnsmedisin
ISF	Institutt for samfunnsmedisinske fag
MFH	Mikrobiologi, farmakologi og hygienebygget, nå Armauer Hansens Hus, på Haukelandsområdet, Bergen
NAFALM	Nasjonal forskerskole i allmennmedisin
NAVF	Norges allmennvitenskapelige forskningsråd
NEL	Norsk elektronisk legehåndbok
NFA	Norsk forening for allmennmedisin
NFGP	Nordic Federation for General Practice

NFR	Norges forskningsråd
NKLM	Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin
NMBU	Norges miljø- og biovitenskapelige universitet
Noklus	Norsk kvalitetsforbedring av laboratorieundersøkelser
NORCE	Norwegian Research Centre AS
NSAM	Norsk selskap for allmennmedisin
NTNU	Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
OLL	Offentlige legers landsforening
OSKE	Objektiv Strukturert Klinisk Eksamen
PASKON	Pasientkontakt, et fag for førsteårsstudentene på legestudiet
Ph.d.-grad	Philosophiae doctor, doktorgrad, avløste tidligere doktorgrader
RMF	Rådet for medisinsk forskning
SAM	Seksjon for allmennmedisin
SAMklang	Meldingsblad for Seksjon for allmennmedisin
SEFAS	Senter for alders- og sykehjemsmedisin
SKIL	Senter for kvalitet i legetjenester
SMIS	Seksjon for medisinsk informatikk og statistikk
Tidsskriftet	Tidsskrift for Den norske legeförening
TVEPS	Senter for tverrprofesjonell samarbeidsläring
UiB	Universitetet i Bergen
UiO	Universitetet i Oslo
UiT/UiTø	Universitetet i Tromsø
UNIT	Universitetet i Trondheim, senere NTNU
VID	VID vitenskapelige høgskole
WONCA	Verdensorganisasjonen for allmennleger

## 20. Register

25-årsjubileum 1997 180f  
40-årsjubileum 238f  
AFE 199, 373f, 393  
AFU, AFU-stipend 30, 34, 63, 87, 231, 394  
Akademimøtet 141, 402, 430  
Akupunktur 143  
ALIS-leger 260  
Allmennmedisin (lærebok) 103, 125, 218, 301f, 425f  
Allmennmedisinsk Forsking Ryfylke 108, 325f  
Allmennmedisinsk forskningsenhet, se AFE  
Allmennmedisinsk forskningsutvalg, se AFU  
Allmennmedisinsk instituttmøte 63, 75, 76, 133, 135  
Alment praktiserende lægers forening, se Aplf  
Alrek helseklynge 201, 242f, 259f, 364  
Alrek legesenter 259f  
AMFF 212, 395f  
Anders Forsdahls minnepris 316  
Aplf 12, 35, 87, 263, 332  
Appendix (klasserom) 114  
Atferdsfaget 30, 36f, 155  
Attføringsinstituttet 194  
Bergen Diakonissehjem 13, 19, 111  
Blodtrykksundersøkelsen i Bergen 26, 38  
Campylobacter 207  
Datamaskin 45, 138, 174  
Den norske legeförening, se Legeföreningen  
Det medisinske fakultet 98, 104, 201, 358

Digitalisering av undervisning 233  
Disputaser 399f  
Doktorgrader 141, 397, 399f  
Doktorgradskandidater 414f  
EBM 127, 226  
Edb 30, 44  
EGPRN/EGPRW 287  
Eksamen i allmenntidisin 35, 80, 103, 121, 128f, 223f, 255  
Eldre- og sykehjemsmedisin 206  
Elektronisk pasientjournal 43  
e-læringskurs 367, 382  
Epost 176  
Etiopia 293  
EURACT 29, 40, 286  
EurOOHnet 288, 370  
Evidensbasert tidisin, se EBM  
Eyr 348f  
Fagbøker 298f  
Fagmråde for allmenntidisin (FAM) 201, 233, 242  
FAMFIB – Forsking i allmenntidisin 172, 211  
Family medicine 283, 300  
Filosofisk poliklinikk 355f  
Fjellsiden legesenter 195, 257f  
Folkehelseinstituttet 199  
Fond til videre- og etterutdanning av leger 392  
Forskarskolen i allmenntidisin, se NAFALM  
Forskerutdanning 92, 211  
Forskningsgruppe for allmenntidisin 203f  
Forskningsgruppe for helsetjenesteforsking (HELFO) 203  
Forskningsmøter 78, 83, 402  
Forskningsstrategi 75, 137  
Forskningsstermin 280  
Forskningsveiledning 78, 90  
Fredagsforelesninger 125  
Funiculì, Funiculà 403  
Fylkeskoordinator 124, 166  
Geriatrikurs 272  
Giardia 207  
Grunnkurs I i allmenntidisin 266f  
Grunnkurs III 268

Grunnkurs klinikk 82, 121, 155  
Gruppepraksis 23, 33, 248  
Guatemala 291  
HELFORSK forskningsgruppe 203  
Helsefremmende arbeid 209  
HelseOmsorg21 388  
Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT) 205  
HEMIX forskningsgruppe 203  
Hjelpelærer 34  
Hordalandsundersøkelsen (HUSK) 205  
Hvitløk 150  
Håkonshallen 31, 56  
IBM XT 174  
Ig-Nobelprisen 150, 318  
Infodoc 43f, 249  
Institutt for almenmedisin 13, 17f, 33f, 59f  
Institutt for global helse og samfunnsmedisin (IGS) 201, 242f  
Institutt for hygiene og sosialmedisin 96, 99  
Institutt for samfunnsmedisinske fag, se ISF  
Institutt for sykepleievitenskap 99  
Internasjonalt samarbeid 279f  
Internett 174  
ISF 94, 100, 102f, 109f  
Jordstråling 149  
Kalfarveien 31 192f  
Kliniske ferdigheter 339f  
Kloke valg 273  
Kombistillinger 63, 71, 251, 255, 424  
KomLab 133f  
Kommunikasjonsundervisning 154f, 220f, 268  
Kompetansesenter for kliniske ferdigheter hos praktiserende leger 339f, 393  
Kontor for legers videre- og etterutdanning 264  
Koronapandemien 233, 245  
Kunstnerisk utsmykning 23f, 197f  
Kvalitativ forskning 146f, 159, 304f  
Kvalitetssikringsfondet 340  
Kvinneforskning 77, 144  
Laboratoriebruk 145, 331f  
Leeuwenhorstgruppen 29, 39f, 280



Legeforeningen 11, 12, 250, 261, 332, 391f  
Legenes Hus 342  
Legepraksiser 248f  
Legevaktmedisin 361f  
Legevaktprisen 316  
Legevaktuniformer 366  
Leprabasillen 193  
Leptraarkivene i Bergen 194  
Lungegårdshospitalet 193  
Lærebøker 298f  
Lørdagskurs 29, 261  
Løvetannprisen 315  
Macintosh Plus 90, 174  
Magda og Svend Aage Friederichs mindelegat 318  
Malawi 295  
Marie-Spångberg-prisen 314  
Medisinsk fødselsregister 96f, 199, 206  
MEDLINE 175  
Medrave 258, 382  
MedUt forskningsgruppe 203  
Mentorgrupper 127  
Merittert underviser 216, 312  
Migrasjonshelse 208  
Muskel- og skjellidelser kurs 275f  
Møre og Romsdalsundersøkelsen 140, 145  
NAFALM 92, 212  
Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, se NKLM  
Nasjonal kompetansetjeneste for søvnsykdommer 206, 275  
NAVF-programmet 75, 78, 87f  
Nepal 289  
NFA 30, 159  
Nidarosprisen 315  
NKLM 199, 361f  
Noklus 107f, 331f, 393  
NORCE 115, 363, 373, 389  
Nordic Federation of General Practice 50  
Nordisk kongress i Bergen 31, 41, 50f  
Norsk diabetesregister for voksne 334  
Norsk forening for allmennmedisin, se NFA  
Norsk kvalitetsforbedring av laboratorieundersøkelser, se Noklus

Norsk selskap for allmennmedisin (NSAM) 30, 51, 87, 94, 299, 332, 348  
Nyhetsbrev 186f  
Olav Thons undervisningspris 316  
OSKE-eksamen 224  
Overgrepsmottak 371  
Overlege Danielsens hus 243  
Paraplyen 186f  
Pasientkontakt (PASKON) 227, 359  
Pasientsentrert medisin 156, 217, 221, 282  
Paviljongen 195f, 257, 364  
Pc 45, 174  
Pedagogisk kompetanse 231  
Per – Glimt av min far (bok) 67  
Pleiestiftelsen for Spedalske No 1 193f.  
Polen 290  
Praksis i allmennmedisin 80, 82, 161f  
PraksisNett 285, 387f  
Praksisveilederkurs og -pris 162f, 167f  
Primary Care Internet Guide 174, 177f  
Priser og heder 310f  
Profdoc 43  
Publikasjonspriser 313  
Reseptforskning 145f  
Ryfylke legegruppe 326  
Røykesaken 74, 117  
SAMklang 186f  
Scandinavian Journal of Primary Health Care 39, 51, 289, 318  
Seksjon for allmennmedisin 102f, 109f, 201f  
Seksjon for arbeidsmedisin 114  
Seksjon for forebyggende medisin 109  
Seksjon for fysioterapi 115  
Seksjon for geriatri 99, 109  
Seksjon for medisinsk informatikk og statistikk, se SMIS  
Seksjon for sosialmedisin 109  
Seksjon for sykepleievitenskap 109  
Senter for alders- og sykehjemsmedisin 203  
Senter for internasjonal helse 201  
Senter for kvalitet i legekantor 379f  
Senter for tverrprofesjonell samarbeidslæring, se TVEPS  
Simulerte pasienter 132

SKIL 379f, 393  
SKUP 334  
SMIL forskningsgruppe 203  
SMIS 96f, 115  
SMU-bygget 14, 113, 381  
Solstrandkurset 35, 263, 280  
Spissøen (møterom) 196  
Statens attføringsinstitutt, se Attføringsinstituttet  
Stipendiater 90, 398, 414f  
Studiekvalitetspriser 311  
Studieplan 120-planen 123, 217  
Studieplan 150-planen 123f, 217  
Studieplan 1990-revisjonen 121  
Studieplan Medisin 2015 124  
Studieplaner 28  
Sudan 292  
Svineinfluensa 207  
Sykebesøksformidlingen 35, 161, 249  
Syria 294  
Særoppgave 121  
Søsterbygg 2 14, 248  
Søvn og søvnproblemer 206, 275, 277  
Teams 234  
Trinnvis 255  
TV2 132  
TVEPS 228f  
Ugleprisen 311  
Ulriksdal 8c 13f, 23f, 73, 109f, 248  
Ulriksdal legesenter 59, 72, 91, 98, 107, 139, 251  
Undervisning 79, 120f, 215f  
Undervisningslokaler 113, 245  
Undervisningsmøte 133  
Undervisningspriser 311  
Uni Research 115, 200, 363, 373  
Unifob 115, 335, 373  
Universitetslegen 186f  
University of Western Ontario 158, 282, 290  
Urininkontinens 141, 290  
Urinveisinfeksjon 141  
Urinveissykdommer 273

Utdanningsfond I 392  
Utposten 179, 349  
Utstein kloster 63, 75  
Valgfrie kurs 230  
Vampyrer 150  
Vasco da Gama-nettverket 288  
Vestlandske Vanførehjem 98  
Vestlandslegen 230  
Videobasert konsultasjonskurs 221  
Videre- og etterutdanning 29, 34f, 83, 261f  
Villa Skjoldnes 180  
Villads Nielsens hus 196  
WONCA 286  
Zoom 234, 236, 402  
Å lage gode leger (bok) 79f, 162

# *Michael*

1. *Michael* is a publication series of The Norwegian Medical Society (Det norske medisinske Selskab).
2. *Michael* is named after Michael Skjelderup (1769-1852), the first medical professor in Norway and one of the founding fathers of the Society.
3. *Michael* is distributed to the members of the Society, other subscribers and libraries. Separate issues may also be distributed to external groups of readers.
4. *Michael* publishes high quality papers on medical history, medical humanities, public health and health politics. The manuscripts will be peer reviewed prior to the editorial decision on acceptance.
5. *Michael* publishes articles in the Scandinavian languages or in English, depending on topic and main readership. *Michael* is available open access at [www.michaeljournal.no](http://www.michaeljournal.no).
6. *Michael* publishes four regular issues a year. Supplements may be published at irregular intervals.
7. *Michael's* editors are appointed for a period of three years among the members of The Norwegian Medical Society by its Board. Reappointments are allowed. The editors may supplement themselves by editorial members from collaborating associations and appoint ad hoc editors for special issues.

#### Editors:

Professor Øivind Larsen  
Professor Magne Nylenna  
Professor Erlend Hem  
Dr. Astrid Nylenna (secretary)

#### Editorial board:

Professor Stein A. Evensen  
Professor Jan Frich  
Professor Christoph Gradmann  
Professor Arvid Heiberg  
Director Frøydis Langmark  
Dr. Kristine Lillestøl

#### Postal address:

Tidsskriftet *Michael*  
P.O. Box 1152 Sentrum  
NO-0107 Oslo  
Norway  
[michael@dnms.no](mailto:michael@dnms.no)

Annual subscription rate  
NOK 500 (2022)

ISSN 1893-9651

# Michael Skjelderup

*Michael* is a publication series named after professor *Michael Skjelderup* (1769-1852), one of the fathers of Norwegian medicine. He was born in Hof, Vestfold in Norway as the son of a priest, and was raised in the Norwegian countryside. Because of severe speech disturbances as a boy he did not get proper schooling, but was at last accepted as an apprentice in an apothecary's dispensary in the city of Fredrikstad at the age of 16. During his youth he tried through hard work and by means of an intensive self-discipline to overcome his handicap, and he really succeeded, except for in stressed situations.

Lacking a student examination, an academic training seemed out of question, in spite of his obvious bright mind. However, in 1789 he was admitted to the new Surgical Academy in Copenhagen, where academic qualifications were not required.

From now on, his career flourished. He passed the surgical examination with the highest grade in 1794, entered positions in Copenhagen hospitals and at the University, where he defended his doctoral thesis in 1803 and was appointed professor in 1805.

The first University in Norway was founded in Christiania (now: Oslo) in 1811. Medical teaching was supposed to commence from the very beginning, and from 1814 the new medical faculty could offer medical training. Michael Skjelderup was appointed its first professor 1813, and started his teaching, mainly in anatomy in the fall of 1814, after a dramatic war time sea voyage from Denmark across the waters of Skagerrak where hostile Swedes fired at his swift sailing vessel.

As a University pioneer, he became active in several medical fields. Among other achievements, he published an authoritative textbook in forensic medicine in 1838. When he resigned in 1849, eighty years old, he had seen all Norwegian trained medical doctors in his lecture room.

Skjelderup was instrumental in building a scientific medical community in Christiania. Together with his University colleague Frederik Holst (1791-1871) he founded the first Norwegian medical journal *Eyr*, named after a Norse medical goddess, in 1826. A reading club of physicians established in 1826 was formalized into an association in 1833, the still existing Det norske medicinske Selskab (The Norwegian Medical Society), which over the decades to come played an important role in the development of the health services and of a national medicine.

*Michael* is devoted to the memory of the man who first realized the importance of a regular, national medical publication activity in Norway and implemented his ideas in 1826. *Michael* is published by the same association as was founded by Michael Skjelderup and his colleagues – Det norske medicinske Selskab.

*The editors*



Redaktør for boka, Steinar Hunskår (f. 1956) er dr.med., spesialist i allmennmedisin og professor i allmennmedisin ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin ved Universitetet i Bergen, der han har vært ansatt i ulike stillinger siden 1984. Hunskår er tidligere allmennlege og fastlege i Bergen og Lindås 1986-2018. Han er også tilknyttet Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, derav 12 år som leder.

Den 21. april 1972 åpnet *Institutt for almenmedisin* ved Det medisinske fakultet, Universitetet i Bergen. I 2022 markeres derfor 50 år med akademisk allmennmedisin i Bergen, blant annet med denne jubileumsboken. Gjennom nesten femti rikt illustrerte kapitler gjennomgås utviklingen av allmennmedisinfaget i Bergen fra 1972 til 2022 - undervisningen, forskningen, personene, legepraksisene, bygningene og mye mer.

I 1991 gikk instituttet inn i det nye *Institutt for samfunnsmedisinske fag*, senere i *Institutt for global helse og samfunnsmedisin* som Fagområde for allmennmedisin.

Instituttet var plassert i Ulriksdal på Haraldsplass fra starten og til 2003, da man flyttet til Kalfarveien 31 og den ærverdige Pleiestiftelsen for Spedalske no. 1. I 2020 flyttet instituttet til nybygg i Alrek helseklynge på Årstadvollen.

Gjennom femti år har instituttmiljøet i Bergen, sammen med ulike knoppskytinger innen allmennmedisinsk forskning og fagutvikling, utviklet seg fra en beskjeden start til det største allmennmedisinske fagmiljøet i Norge.

*www.dnms.no*

