

# Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin ved Universitetet i Oslo 1990–2010

Erindringsseminar i Det norske Videnskapsakademi  
12. mai 2011

## Program

*Sted: Drammensveien 78, 0217 Oslo (i spisesalen, to siste poster i auditoriet).*

Invitasjon ved Gerd Holmboe-Ottesen, Øivind Larsen og Jørund Straand

*Møteleder: Elin O. Rosvold*

0900: Åpning – og det praktiske. *Elin O. Rosvold*

0905: Seminarmetoden – hva skal vi gjøre i dag? *Øivind Larsen*

0910: Hvorfor et erindringsseminar? *Gerd Holmboe-Ottesen*

0915: Tverrfaglighet knesettes – fagsammenslåingen i 1990 – hvorfor og med hvem?

Forberedt innledning ved *Øivind Larsen*

0945: Allmennmedisinen – mellom samfunnsmedisin og klinikk

Forberedt innledning ved *Per Hjortdahl*

1015: Kompetanse i kontekst – humaniora og samfunnsvitenskap i medisinen

Forberedt innledning ved *Øivind Larsen*

1045: Kaffepause

*Møteleder: Øivind Larsen*

1100: IASAM – Fagutvikling og forskning 1990-2010

Forberedt innledning ved *Dag Bruusgaard*

1200: Administrasjonens utvikling 1990-2010 – hvordan har det påvirket fagmiljøene?

Forberedt innledning ved *Irene Auke*

1230: Lunsj



*Figur 1: Deltakerne ved instituttets erindringsseminar var plassert rundt et kvadratisk bordoppsett i spisesalen i Det norske Videnskaps Akademi i Oslo. Fra venstre sees Dag Bruusgaard, Christian Borchgrevink, Per Hjortdahl, Bjørgulf Claussen, Per Fugelli, Per Sundby, Jørund Straand og Gunnar Tellnes. (Foto: Turid Jensen)*

*Møteleder: Øivind Larsen*

- 1315: Sosialmedisin, trygdemedisin og samfunnsmedisin – i flyt?  
Forberedt innledning ved *Per Fugelli*
- 1345: Det medisinske fakultet 1990-2010: Overordnet erkefiende?  
Forberedt innledning ved *Dag Bruusgaard*
- 1415: Samfunnsmedisinen går utenlands – utviklingen siden 1990  
Forberedt innledning ved *Gunnar Bjune*
- 1445: Kaffepause

*Møteleder: Elin O. Rosvold*

- 1500: Helsemyndighetenes ønsker til universitetsfagene allmenn- og samfunnsmedisin  
Forberedt innledning ved *Anne Alvik*
- 1530: Samarbeidet med andre aktører på fagområdene 1990-2010  
Forberedt innledning ved *Tor Norseth*
- 1600: Studieplanene og samfunnsmedisinen 1990-2010  
Forberedt innledning ved *Elin O. Rosvold*

1630: School of public health eller norsk doktorskole? Avklaring 1990-2010?

Forberedt innledning ved *Gunnar Tellnes*

1700: Hva har vi lært i dag? Oppsummering og avsluttende diskusjon ved *Magne Nylenna* (i auditoriet)

Sosialt program (ikke lydopptak):

1730: «The King's speech» – some personal reflections. *Natacha Salomé Lima* and *Juan Jorge Michel Fariña* (gjester fra Buenos Aires) (i auditoriet)

1800: *Aperitif, middag og sosialt samvær*

**Deltakere** (seminar 31, til lunsj 30, til middag 32)

Alvik, Anne	Middelthun, Anne-Lise
Auke, Irene	Norseth, Tor
Bjertness, Espen <sup>1</sup>	Nylenna, Magne
Bjune, Gunnar	Rosvold, Elin O.
Bjørndal, Arild	Solbakk, Jan Helge
Borchgrevink, Christian F.	Straand, Jørund
Bruusgaard, Dag	Sundby, Johanne
Claussen, Bjørgulf	Sundby, Per
Eriksen, Terese	Tellnes, Gunnar
Evensen, Stein A.	
Fugelli, Per	Ariansen, Morten <sup>5</sup> (lydopptak)
Gradmann, Christoph <sup>2</sup>	Jensen, Turid <sup>6</sup> (transkripsjon, foto)
Hjortdahl, Per	
Holmboe-Ottesen, Gerd	Lima, Natacha Salomé <sup>7</sup>
Kristensen, Eva <sup>3</sup>	Farinã, Juan Jorge Michel <sup>8</sup>
Kvisvik, Morten	(til program før middag)
Larsen, Øivind	
Lie, Anne Kveim	
Lindbæk, Morten	
Lærum, Even <sup>4</sup>	

1 Ikke tilstede i perioder før og etter lunsj på grunn av undervisning.

2 Kom senere på grunn av undervisning.

3 Ikke tilstede ved middagen.

4 Kom kl. 15.

5 Lydopptak.

6 Transkripsjon, foto.

7 Foredragsprogram før middag, deltok i middagen.

8 Foredragsprogram før middag, deltok i middagen.

## Åpning – og det praktiske

*Elin O. Rosvold:* Ja, alle sammen. Hallo, hallo! Da begynner vi, tenker jeg. Mitt navn er Elin Rosvold, og jeg skal sammen med Øivind Larsen være møteleder for dette erindringsseminaret. Jeg tar en liten, praktisk ting helt i begynnelsen. Vi skal holde på hele dagen med tett og spennende program. Hvis det er noen av dere som ikke skal få med dere belønningen på slutten av dagen, nemlig middagen, er jeg veldig glad om dere sier fra om det i første pause, hvis dere har meldt dere på og allikevel ikke skal være med.

Vi skal ha et erindringsseminar for Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin. Dette er et institutt som ikke ble til ved celledeling, men heller ved en sammensmeltning av celler som svedde litt rundt hver for seg. Men vi har vokst og utviklet oss sammen, cellene har blitt til en solid klump. Men vi rakk vel knapt å bli myndige før vi ble tvangsgiftet. Det kan vi nok si mye om, men det er ikke tema i dag.

Nå skal vi se tilbake på barne- og ungdomstiden vår. Hva vi har lært, hva vi har fått til, hva vi kunne gjort bedre. Og jeg ser fram til mange spennende innlegg og gode debatter. Vi har som sagt et stramt program og må kjøre en ganske stram regi. Så vi starter med at vi lar Øivind Larsen ta en gjennomgang av den metoden vi skal bruke i dag. Vær så god, Øivind!

*Øivind Larsen:* Den metoden vi bruker, det vi kaller erindringsseminar, det er en metode som vi som driver med medisinsk historie, har en del erfaring med. Og det er noe vi har lært i England. Det består i at man samler aktører fra det man vil belyse, og så forteller de. Det er en måte å samle kilder på som har vist seg å være ganske effektiv for hendelser fra den nære fortid.

Historie er i seg selv en rekonstruksjon. Det er en beskrivelse og en drøfting av en tid som er passert. Men historie er også å velge ut. Man kan ikke ta med alt, for da må man leve livet om igjen, og det kan man ikke. Historie er altså i stor grad å velge ut det riktige og det viktige for formålet, for det man skal beskrive. Som regel er det mest aktuelt å anlegge et overordnet perspektiv. Det er ikke detaljene vi er interessert i, det er de store linjene. Og når man er samlet sånn som vi er nå her i dag, ganske mange mennesker som igjennom lang tid har vært med på en utvikling, så er det viktig at en har det for øyet. Det er det overordnede perspektivet vi skal forsøke å samle oss om.

Aktørseminarmetoden er altså en metode for å sikre kilder til samtids-historie. Vi lærte i sin tid i England at da må dere passe dere! For når man sitter og snakker om fortiden, kan det hende at man mer eller mindre ubevisst går tilbake til fortiden. Da kan man risikere for eksempel å virvle opp gamle konflikter – i det tilfellet det måtte forekomme – men det er det

altså ikke meningen at man skal gjøre! Men, sa de i England, det er derfor metoden inkluderer at man skal avslutte med en hyggelig middag, slik at alle sammen skjønner at vi er jo gode venner likevel. Og vi lever nå, og vi lever ikke den gang da!

Jeg har hatt gleden av å være med i bokkomiteen og i styret for Forum for universitetshistorie i ganske mange år og har i den anledning sett og satt meg godt inn i hva som står i de ni bindene med universitetshistorie som nå kommer ut. Noe av essensen av det er at riktignok har ikke vi hos oss vært enige om alle ting bestandig, men ofte tror jeg nok at vårt miljø har vært en søndagsskole i forhold til mange andre steder på universitetet.

Medisin blir ganske godt dekket i jubileumsverket. Det er ikke mitt ansvar, det er blitt sånn fordi man synes at medisin er interessant. Og samfunnsmedisin blir også ganske godt dekket. Blant annet blir ernæring tatt ut som et eksempel som det står ganske mye om der.

Så derfor er det vi skal lage nå, det er nærmest som en slags «bygdebok» for vårt institutt og se litt på detaljene, men da blir også relasjonen til den store konteksten viktig.

Rent teknisk gjøres det nå opptak av det vi sier. Så vi prater med «båndet» her, i tillegg til at vi prater med hverandre. Derfor bruker vi ikke noe audiovisuelle – eller noen visuelle hjelpemidler.

Metoden som vi har erfaring med, fordrer en del tekniske hjelpere. Det er Morten Ariansen som styrer opptaket. Så går – svever – Turid Jensen omkring her. Hun har vært med på diverse prosjekter gjennom mange år, og hun er nå den som står for transkripsjon av det vi sier. Hun kommer til å ta en del bilder, og det hører også med.

Så kommer dette til å bli arkivert etterpå sammen med transkripsjonen. En redigert transkripsjon får alle utlevert til godkjenning av det man selv har sagt, og for eventuelle rettelser av det man selv har sagt. Altså rettelse på det andre har sagt, det går ikke så godt.

Og så ser man fram til publisering og arkivering av resultatet. Kildematerialet blir brukt til historieskrivning, en «cover story» til dette her – som det altså blir en «bygdebok» av.

Når dere snakker i mikrofonen, husk på at dere snakker sånn at lyden kommer inn. Man må trykke på den grønne knappen, da lyser en rød lampe. Når man er ferdig med sitt innlegg, må man trykke på knappen igjen, ellers får man tilbakekobling og resonanslyd.

Det tror jeg var det praktiske. Og da kan vi bare sette i gang.

*Elin O. Rosvold:* Vi har laget et program med klare tidsfrister for dem som skal holde innlegg. Jeg har laget en liten lapp som sier at når du har ett

minutt igjen, kommer denne opp. Så får vi se om dere klarer å holde tiden. Vi skal hjelpe dere så godt vi kan.

Vi fortsetter nå med litt om hvorfor vi skal ha dette erindringsseminaret. Og da er det Gerd Holmboe-Ottesen som skal snakke. Hun er den siste instituttbestyreren på gamle IASAM.

*Gerd Holmboe-Ottesen:* Ja, kjære alle kolleger, fra emeriti til nytilsatte – fra IASAM-tiden, pre-IASAM eller post-IASAM til nå HELSAM, altså Institutt for helse og samfunn. På vegne av historiekomiteen – eller skal vi kalle det arrangementskomiteen, bestående av Øivind, Jørund, Terese og meg selv – vil jeg ønske dere hjertelig velkommen til dette seminaret som da, som dere hørte, er kalt *erindringsseminar*.

Jeg har som leder nå for den nye avdelingen for samfunnsmedisin fått æren av å ønske dere velkommen. Og det er en grunn til det, det er fordi denne nye avdelingen faktisk har finansiert dette seminaret, fordi vi synes det var veldig viktig.

Utgangspunktet for seminaret var Øivind Larsens søknad om småforsk-midler til å skrive IASAMs historie. Det synes jeg var en kjempeidé. Han ønsket seg en redaksjonskomité med representasjon blant annet fra allmenn-medisin som er det andre store faget innen instituttet. Så under vårt første møte kom vi fram til idéen om å la dere som har vært med på IASAMs historie, være med på å lage denne historien, gjennom et *aktørseminar* som vi veldig fort omdøpte til *erindringsseminar* for å unnsnippe den litt mer rigide oppskriften som man tillegger aktørseminarer.

Min egen historie i dette her er at jeg kom til instituttet i 1994, da det het Institutt for allmenn- og samfunnsmedisinske fag, etter at jeg fikk stillingen som førsteamanuensis ved Institutt for forebyggende medisin. Det var ikke så lenge etter at hele det nye instituttet hadde flyttet opp på Frederik Holsts hus. Og det var flere som kom på samme tid som meg. Jeg husker for eksempel Espen Bjertness, Anne-Lise Middelthon, Gunnar Tellnes, og også Elin Olaus Rosvold i bakgrunnen på en eller annen måte. Mange av oss som er her i dag, har hatt store deler av vår yrkesmessige karriere ved instituttet. Og det er gått nesten tyve år siden de ulike instituttene og fag-gruppene ble samlet under ett tak. Mye har skjedd siden da. Nye fag er blitt bygget opp, andre fag er blitt svekket. Men alt i alt så mener jeg at det er mye å være stolt av når det gjelder IASAMs faglige utvikling.

Så hvorfor ønsker vi dette seminaret? Ja, for min egen del så mener jeg at dette også handler også om *søken etter identitet*. Spørsmålene er mange. Hvem er vi? – eller snarere hvem *var* vi? Hva fikk vi til? Hvor går vi?



*Figur 2: Jørund Straand, Gunnar Tellnes, Eva Kristensen, Morten Kvisvik og Irene Auke. (Foto: Turid Jensen)*

I disse dager når vi skal være med på å utforme ny strategi for det nye instituttet for helse og samfunn, er det viktig å dra lærdom av de grepene som ble gjort den gangen for å sy sammen et helhetlig miljø og for å få til samarbeid og synergieffekter.

Og vi må også dra lærdom av de feilgrep som ble gjort som sinket eller ødela de gode prosessene.

Jeg har lyst til å nevne noen eksempler på vellykkede prosesser som ble satt i gang ved det nyetablerte instituttet. Det som kommer meg umiddelbart i hu, er etableringen av fagområdet *internasjonal helse*. Dette startet med at professoratet i internasjonal helse, som først lå ved Ullevål sykehus, ble innlemmet i instituttet i 1994. Professoratet var da knyttet til Helsebefolknings- og utviklingsprogrammet finansiert av Forskningsrådet og som ble koordinert av Senter for utvikling og miljø – dette er veldig komplekst –. Det var Staffan Bergström som fikk dette professoratet i 1992. Det var egentlig myntet på Tore Godal. Men han ville bli i WHO, så det ble det ikke noe av. Jeg var koordinator for dette programmet og var med på diskusjonene rundt etableringen av professoratet. Og som dere vet, henger det fortsatt bilder i gangen til Internasjonal helse, hvor dere kan se innvielsesfesten med Staffan Bergström og alle de som var med på å etablere Internasjonal helse den gangen.

Så fikk Gunnar Bjune professoratet etter Staffan Bergström i 1996 og satte fortgang i planene om å etablere masterstudiet i internasjonal samfunnshelse. Det ble en realitet i 1996. Tre av seksjonene ved den nåværende

avdelingen har tatt del i oppbyggingen av undervisningen i masterstudiet. Tilgangen til gode samarbeidspartnere og flinke studenter har betydd mye for den forskningsporteføljen vi har etter hvert opparbeidet oss på temaer som er knyttet til internasjonal helse.

Og jeg mener at vi nå kan være stolte av ha et miljø ved instituttet som ikke står tilbake for det Senter for internasjonal helse i Bergen har fått til. Her er det selvfølgelig mange andre aktører som har vært med. Medisinsk antropologi har vært veldig viktig i denne sammenheng, og også det epidemiologiske miljøet som vi har etablert. Jeg skal ikke si noe særlig om det.

HUBRO er en annen ting som vi har fått til. Altså Helseundersøkelsen i Oslo i 2000/2002. I 2008 kunne vi etter HUBRO telle 182 publikasjoner i tidsskrift med refereertjeneste, hvorav 43 norske. Dessuten er det i ethvert fall tatt 19 doktorgrader ved instituttet på HUBRO-materialet. Og det er fantastisk.

Så vi kan spørre oss selv hva det er som gjorde at disse fagområdene har hatt suksess. Mens andre fag ikke har hatt det. Var det menneskene involvert, var det timingen og interessen i samfunnet for øvrig, var det det tverrfaglige samarbeidet? Hvilke grep ble tatt for å komme i gang med HUBRO? Det er slike spørsmål vi må stille – som vi må ønske svar på i dag, slik at vi kan lære av våre suksesser, men også av våre feil.

Samfunnsmedisin har endret karakter. Det er ikke lenger bare en spesialitet innenfor den medisinske profesjon – det er blitt et forskningsfelt. Det er mange fag som tilhører samfunnsmedisin i dag. Det har vært en voldsom vekst.

Dessuten må vi også stille samme spørsmålet til allmennmedisinens vei mot å bli et akademisk fag. Det har hatt en voldsom vekst ved instituttet de senere årene, og hva skjedde her og hvorfor?

Og selvfølgelig, hvor går vi? Dette nye instituttet HELSAM (Institutt for helse og samfunn), organiseringen av helsevesenet og så videre.

Samhandlingsreformen, ny policy innen utenrikspolitikken med helse som innfallspport, og mulig tettere samarbeid med Oslo kommune, kan legge føringer for vår fremtidige faglige virksomhet. Vi trenger derfor å reflektere over historien og stille de spørsmålene som kan vise oss vei til en fremtidig utvikling.

Med dette ønsker jeg alle et interessant, lærerikt og spennende seminar.

*Elin O. Rosvold:* Tusen takk, Gerd!

*Per Fugelli:* Gerd, kan jeg få stille et freidig spørsmål?



*Elin O. Rosvold:* Ja, værsgod!

*Per Fugelli:* Emm – ja, jeg ble – altså da ren undring –. Jeg forstår at dette erindringsseminaret det er på en måte et slags redskap i arbeidet med å skrive *instituttets* historie. Og hipp hurra! Og Øivind skal skrive den. Og det er der undringen ligger. Er det et problem? Øivind har vært styrer ved dette instituttet i mange år. Er det noe som heter *ugild* som vi bør tenke på i den forbindelse? Jeg bare spør.

*Elin O. Rosvold:* Øivind Larsen.

*Øivind Larsen:* Det er jo derfor vi holder dette seminaret. Fordi når man skal skrive historien, bør man kjenne den. På den annen side er det da et habilitetsproblem som gjør at man er nødt til å høre med andre, hva *syns dere* er viktig og hvilke synspunkter har *dere*? Så spørsmålet ditt er en av begrunnelsene for at vi holder det.

*Elin O. Rosvold:* Takk for det! Da tar vi flere spørsmål underveis. Vi er litt på etterskudd, men det kniper vi inn fordi vi startet litt senere.

Jeg vil som ordstyrer prøve å presentere dere så godt det lar seg gjøre både når dere holder innlegg og under debatten. Hvis vi glemmer det, så er det fint om dere sier navnene deres, slik at det gjør det lettere å skrive ut etterpå.

Vi går videre til temaet. Gerd har stilt masse spørsmål, og da begynner vi å svare på dem. Tverrfagligheten knesettes, fagsammenslåingen i 1990, hvorfor og med hvem? Vær så god, Øivind Larsen!

### **Tverrfaglighet knesettes – fagsammenslåingen i 1990 – hvorfor og med hvem?**

*Øivind Larsen:* Professor i anatomi, Eric Rinvik, hadde et travelt år i 1989. Han hadde i oppdrag å gjennomføre en stor reform ved Det medisinske fakultet, nemlig å foreta en ganske dramatisk sammenslåing av enheter. Slik utviklingen hadde gått, besto fakultetet på det tidspunktet av 106 forskjellige enheter. Noen av disse var selvsagt store og tunge og tradisjonsrike, mens andre var svært små, kanskje bare med en eneste fast stilling. Og disse skulle nå slås sammen til seks enheter – instituttgrupper, som man valgte å kalle nyskapningene.

Eric Rinvik hadde det travelt. For en del av hans oppgave besto i å besøke enhetene og redegjøre for fakultetets argumenter. Og disse argumentene var egentlig greie å forstå. Kravene til administrasjon var økende på dette



*Figur 3: Terese Eriksen, Even Lærum og Morten Lindbæk.  
(Foto: Turid Jensen)*

tidspunkt. Alt det mer tilbakelente og impresjonistiske som man kanskje kan hevde preget mye av universitetslivet, i det minste for dem som jobbet der og som ønsket det slik, ble strammet inn. Det var egentlig samme krav til rutiner om enheten var liten eller stor. Her ville en stordrift åpenbart kunne medføre rasjonaliseringsgevinster. En annen sak var at den gang forholdsvis nye demokratiske spilleregler på universitetet ga mer papirarbeid og mer møtevirksomhet både for store og små.

Det andre hovedargumentet kunne dels oppfattes som meget positivt, dels som meget truende. Det var ønsket om å ta ut en tverrfaglig kvalitets-effekt. Ved at beslektede fag arbeidet sammen og trakk i hverandres bed, ville man kunne virke gjensidig stimulerende og befruktende på hverandre, og dessuten danne miljøer som kunne ta opp større prosjekter, og prosjekter som fordret medarbeidere med ulik bakgrunn.

Den omstillingsprosessen som Eric Rinvik nærmest personifiserte i 1989, var imidlertid ikke noe spesielt for Det medisinske fakultetet. Høsten 2011 vil det som jeg alt har nevnt, bli utgitt et omfattende nibinds jubileumsverk

i anledning av universitetets 200-årsjubileum. Og der vil man kunne lese om universitetets mange omskiftninger. Dels for å tilpasses fagenes egne krav og ønsker, men kanskje i særlig grad samfunnets krav til universitetet.

Den virkelig store forandringen skjedde i etterkrigstidene, da universitetet i Oslo ble transformert fra noe som kan betegnes som et *eliteuniversitet* til et *masse-universitet*, et masse-universitet som skulle fylle behovene for læreplasser til det utdanningstilbudet det var bredt politisk ønske om å disponere. Universitetet i Oslo fikk da også nærmere 40 000 studenter på det meste i 1990-årene.

Foreløpig var man imidlertid ikke kommet så langt som da de øvrige universitetene og høyskolesystemet ble så utbygd at Universitetet i Oslo ikke lenger hadde samme dominerende rolle, eventuelt samme monopolstatus på enkelte områder. Om utdanningstiden ble det etter hvert konkurranse. Det ble det også på forskningsfronten, både fordi instituttsektoren utenom universitetene hadde vokst, og fordi stadig mer forskning ble finansiert utenfra og etter søknad fra interessenter.

Kravet til effektiv drift gjaldt etter hvert like mye for universitetet som for bedrifter i næringslivet. Så reformtiltak ble iverksatt, og Eric Rinviks «pilgrimsferd» rundt på instituttene var i universitetssammenheng bare en liten del av dette større bildet.

Argumentet om tverrfaglighet lød i første omgang forlokkende. Det vil si, for noen fag lød det som musikk i ørene. I noen fag drev man med beslektede ting, eventuelt med det samme. Så man så klart at her var samordning en fordel.

Et vitenskapelig miljø har en såkalt *kritisk masse* ved at folk som arbeider med vitenskap trenger noen å snakke med, noen å spille «faglig pingpong» med. Enkelte fag er i sin natur tverrfaglige og fordrer innsikt fra forskjellige referanserammer og ønsker seg prosjekter med flerfaglig deltakelse. Slik var det for eksempel med de samfunnsmedisinske fagene.

I andre fag så man på sammenslåingen med skepsis. Her hadde man bevisst bygd opp et spesialisert miljø, og så skulle man altså slås i hartkorn med noen andre som fusket i faget. Kanskje skulle man endog sloss om pengene – og sloss om prestisjen!

Denne diskusjonen må sees i et slags vitenskapshistorisk perspektiv. Lenge hadde reduksjonismen rådet, spesialisering som ga kvalitetsøkning, eller var antatt å gjøre det. Rett nok gjorde det vel det i de fleste tilfellene. Men et fags prestisje lå lenge i nettopp det å stå for seg selv, å ha en enhet med identitet. For medisinske fags vedkommende var dette en utvikling med røtter tilbake til 1890-årene. Først nesten hundre år senere begynte man å spørre etter helheten igjen. Kanskje var det å ha oversikt over helheten

en kvalifikasjon i seg selv, grunnlag for fagbygging og miljøbygging? Ulike fag var kommet ulikt langt i denne måten å tenke på.

Diskusjonene i 1989 hadde også et profesjonsbyggingsaspekt. Sosiologene sier at det å forvalte sitt eget kunnskapsgrunnlag er et viktig element i definisjonen av en profesjon, eventuelt av en delprofesjon.

Ved Det medisinske fakultetet hadde vi siden 1960-årene hatt oppbyggingen av allmennmedisin som et akademisk fag, som en typisk delprofesjonsoppbygging. Ved å bygge opp en egen allmennmedisinsk forsknings-tradisjon bidro man til å bygge opp faget allmennmedisin og gruppen allmennmedisinere. Dette har vi belyst ved et tidligere aktørseminar hvor flere av de tilstedeværende deltok<sup>9</sup>.

I 1989 var dette en prosess som fortsatt var i full gang. Vi bør kanskje i løpet av dagen få belyst nærmere hvordan man på det grunnlaget så på forslaget om å bli slått sammen med andre til en instituttgruppe.

Det medisinske fakultet og Eric Rinvik hadde imidlertid ikke noen lett oppgave. Etter hvilke kriterier skulle man slå sammen? Skulle man legge mest vekt på det administrative, eller skulle hovedvekten ligge på det faglige?

Jeg har snakket med Eric Rinvik for noen tid siden om dette. Men hans svar var egentlig ikke klart. Det administrative veide åpenbart den gang svært tungt. Derfor ble inndelingen dels foretatt etter geografiske prinsipper. At de mektige basalfagene slo seg sammen, var ganske klart – det vil si de var ikke like lykkelige over å bli slått sammen, men de ble i hvert fall ordnet under én hatt, Instituttgruppe for medisinske basalfag. Det samme med de kliniske avdelingene på Rikshospitalet. Likeledes de kliniske universitetsavdelingene på Oslo kommunale sykehus og den egne universitetsfunksjonen ved Aker sykehus. Psykiatri forekom på flere geografiske steder, men ble til én gruppe. Sykepleievitenskap var et nytt fag og ble egen enhet.

Men så var det noe igjen. Det ble til Instituttgruppe for allmennmedisin og samfunnsmedisinske fag. Her var allmennmedisin en faglig og organisatorisk enhet med både styrke og selvbilde, og den var lokalisert slik at den også hadde nærkontakt med allmennmedisinsk praksis.

Sosialmedisin hadde vært, og var fortsatt, et både teoretisk og klinisk fag med lokalisasjon på Rikshospitalet. Og det hadde etter hvert fått en sterk faglig dreining mot psykiatri.

Fra 1991 kom også det vi kanskje kan kalle konkurrenten, trygdemedisin.

Hygienisk institutt, med over hundre års tradisjoner, hadde fra 1960-årene endret navn til den noe snevrere betegnelsen Institutt for forebyggende medisin. Aktiviteten var også blitt stadig mer spisset mot epide-

---

9 Allmennmedisin som akademisk fag. *Michael* 2009; 6:1–126 (hefte 1/2009).

miologi. Laboratorieforskningen hadde fått sterke konkurrenter ved blant annet basalfag.

Helseadministrasjon hadde stillingsmessige bånd til Institutt for forebyggende medisin, men hadde sitt eget revir. Medisinsk historie var blant de fag som søkte kontakter og hadde hatt samarbeidsavtaler med både fysisk antropologi ved Anatomisk institutt og ved atferdsfag og preklinisk, men var med sine tidvis svært få medarbeidere og bare én fast stilling et fag som lette etter et miljø da Eric Rinvik kom på sin runde.

Medisinsk etikk var organisert direkte under universitetsledelsen, men ble mer uformelt tilhørende og etter hvert anbrakt i samme hus i 1996.

En forutsetning for at samarbeidet skulle fungere, var nemlig fysisk samlokalisasjon. Der gjorde instituttgruppens første bestyrer, professor Tor Bjerkedal en stor innsats. Han var invitert i dag og hadde sagt ja til å være til stede, men så var det kommet noe i veien så vi dessverre fikk avbud fra ham.

Flere planer ble lagt, men i 1993 kunne man flytte inn i det som ble kalt Frederik Holsts hus etter vår første hygieneprofessor fra 1824. Men laboratorieseksjonen måtte forbli i Gydas vei 8. Flytting ville bli for komplisert og dyrt, mente man.

Hva er det som skjer ved en slik omorganisering? Og hva er det som har skjedd som vi skal snakke om her og nå? Vel, en omorganisering har elementer som vi har nevnt, men en omorganisering danner også *et arbeidsmiljø*. Og hvordan er et vitenskapelig arbeidsmiljø? Består det av stabeiser av professorer som bare tenker på sine egne prosjekter og som ser alt annet som forurensning? Tenker en på stipendiater som ofte egentlig er konkurrenter, kanskje, og som heller ikke er spesielt miljødannende?

Hvordan er det egentlig i et vitenskapelig *miljø*? Det man kan si, er at ofte er noe av det viktigste i et i et vitenskapelig miljø, især i de tverrfaglige, er *de enkeltes evne til å interessere seg for hva de andre gjør*. Hvordan har for eksempel det vært? Fordi i et vitenskapelig miljø utvikles fag, det utvikles faggrupper som arbeider sammen. Man har også personlige karrièremønstre og man må sørge for en rekruttering. Hvordan er det egentlig?

Det vi nå skal snakke om i det følgende, det er basert på *beslutninger som har vært tatt*. Da må vi passe på å huske at beslutninger kan være både riktige og hensiktsmessige *i den kontekst hvor de ble tatt*. Nå skal vi se tilbake, og da er det ikke noe som er riktig eller galt, men noe som er gjenstand for en vurdering. Det er fint at vi er så vidt representative for folk som har vært her en stund. Som sagt, vi savner professor Bjerkedal, vår første bestyrer, og vi savner også miljøet fra helseadministrasjon som var invitert, men som ikke hadde anledning til å komme. Så da er vi vel kommet derhen at vi kan slippe diskusjonen løs.

*Elin O. Rosvold:* Ja, takk, Øivind. Da åpner vi for diskusjon. Det – dette her er jo temaer som vel også kommer til å komme igjen i mange andre diskusjoner, men vi tar en kort diskusjon nå. Ordet er fritt! Borchgrevink, vær så god!

*Christian F. Borchgrevink:* Ja, takk skal du ha og takk for innledningen! Jeg kan snakke på vegne av Institutt for allmennmedisin. Jeg så også den gangen betydningen av og kanskje nødvendigheten av å slå sammen, ikke minst med sosialmedisin og forebyggende medisin. Men jeg tror jeg må si at jeg var ikke noen særlig pådriver. Jeg var ikke noen aktiv motstander, jeg var ikke noen pådriver. Og det skyldtes flere ting. Mange er av naturen konservative. Vi hadde holdt til i over tyve år på Røde Kors, vi hadde innarbeidet oss der. Instituttet hadde en veldig god økonomi, takket være Den norske legeforening som i 25 år hadde gitt betydelig støtte til drift av instituttet. Vi følte at hvis vi skulle slås sammen, så ville nok den pengesummen bli fordelt på flere. Vi hadde faktisk tre sekretærer som på mange måter var vårt bilde utad. Det betød veldig mye for instituttet vis a vis den store mengde av allmennpraktikere. Så jeg var ikke noen stor tilhenger av akkurat å flytte, sånn personlig. Dessuten hadde vi der en gruppepraksis som vi også brukte i undervisningen, på samme etasje på Røde Kors. Også rent praktisk for meg som også drev praksis, var det veldig fint å drive praksis på Røde Kors Klinik. Så det var ikke noen grunn for meg spesielt til å ønske å flytte over til et annet sted.

Men jeg så jo betydningen, ikke minst undervisningsmessig og kanskje også forskningsmessig. Jeg er ikke sikker på hvor mye det egentlig har betydd for instituttet.

Og så sier du i overskriften: «slå sammen med hvem?» Du nevnte ikke – og det er det ikke så rart at du ikke gjorde – noen år før kom Årbakkeutvalget med sin innstilling om alternativ medisin og foreslo betydelige beløp til dette – utviklingen av, eller i hvert fall til å studere – dette fenomenet som var veldig utbredt blant den norske befolkning. Og de mente også at et kommende institutt burde ligge ved et av de tidligere universitetene. Og det ble sendt ut da anbud på det. Universitetet i Oslo bet ikke på den. Det gikk til Tromsø, og det er der bygget ut et institutt for alternativ og komplementærmedisin. Grunnen til at jeg er så interessert, er at jeg en stund hadde ledet et forskningsprogram innen alternativ medisin. Jeg satt da i Forskningsrådet, var opptatt av det fenomenet at så mange av våre pasienter brukte alternativ medisin. Dette burde det forskes på. Jeg synes det var synd at de ikke tok den sjansen å kunne bygge ut det instituttet ved vårt felles institutt.

*Elin O. Rosvold*: Takk skal du ha! Da går vi videre til Per Sundby, vær så god!

*Per Sundby*: Jeg syns Øivind tok den byråkratiske delen av denne utviklingen, og jeg tror jeg heller vil helle mot den mer faglige. For Instituttet for sosialmedisin var jo for så vidt, tror jeg da, pionerer i retning av å gjøre faget tverrfaglig. Vi fikk egen professor i medisinsk sosiologi og senere i medisinsk antropologi. Det vi erfarte med det, var jo for så vidt det Øivind allerede antydte, at det ble ikke noe egentlig samarbeid utav det der der, altså. Det var veldig fort klart at disse fagmenneskene roker og var opptatt av å bygge opp sitt eget, og at de ikke samarbeidet med oss medisinere. Den eneste som samarbeidet og ville samarbeide med oss medisinere, var i grunnen en amerikaner som jeg nå har glemt navnet på. Han deltok sammen med oss for eksempel i trygdemedisinsk forskning. Men så forsvant han tilbake til Amerika. Så der synes det som om det hjemlige miljøet var mer selvbevisst enn denne amerikaneren, som syntes det var morsomt å virkelig forbrødre seg med medisinere.

*Elin O. Rosvold*: Takk, Sundby. Da går vi videre til Per Fugelli.

*Per Fugelli*: Jeg tenker på Elin som i sin fine innledning brukte et bilde om at da sammenslåingen kom, var det isolerte celler rundt omkring, under universitetsparaplyen, men rundt omkring i byen, isolerte fagmiljøer. Og det jeg lurer på – det er synd at ikke Tor Bjerkedal er her – men kanskje Øivind kan svare på det, eller andre som var tett på selve nyorganiseringen den gangen –. var det noen gang noen tanke om allerede i anleggsarbeidet å foreta en omstrukturering som kunne fasilitere og sikre tverrfaglighet? For eksempel å konsentrere folk om forskningstema i stedet for det som skjedde, nemlig at vi flyttet med våre gamle faggrenser inn i det nye instituttet? Jeg er enig med Per langt på vei. Vi kommer sikkert til å forfølge det i løpet av dagen. Vi har ikke vært gode i løpet av disse tyve åra til å få til reell tverrfaglighet, syns jeg. Jeg tror muligheten for det hadde vært mye større hvis det allerede i anleggsarbeidet hadde vært gjort en omstrukturering som fasiliterte tverrfaglig forskning.

*Elin O. Rosvold*: Øivind Larsen får svare på det.

*Øivind Larsen*: Vi har ikke snakket sammen om dette, men du foregriper egentlig konklusjonene. For når man går igjennom historien, så kan det se ut som du har absolutt rett i det der.





*Figur 4: Rask rådslagning: Johanne Sundby, Gerd Holmboe-Ottesen og Christoph Gradmann. (Foto: Turid Jensen)*

*Elin O. Rosvold:* Da venter vi litt med å konkludere og går videre på diskusjonslisten. Da er det Gunnar Bjune, og så har jeg Gunnar Tellnes på listen. Og under Gunnar Bjunes innlegg så setter jeg strek for denne delen av debatten.

*Gunnar Bjune:* Av naturlige grunner har jeg begynt å interessere meg for eldrehelse. Derfor vil jeg gripe tilbake til det Gerd sa om hensikten med dette seminaret. Og innenfor eldrehelse så jobber en jo med noe som kalles reminisensarbeid som er ment å være identitetsskapende, gi de eldre identitet i en ganske homogen sammenheng. De er sammenslått ofte, bokstavelig talt, på et sjukehjem. Og dette, denne identitetsskapingen er også med



på å gi folk en verdighet som jo er en menneskerettighet. Så jeg er ved veldig basale verdier her.

Det vi – jeg – opplever som en hensikt med dette seminaret, er å skape – å være identitetsskapende. Og vi er identitetsskapende i en vanskelig prosess hvor vi skal ha en ny, felles identitet framover. Og derfor var det spennende det som Øivind tok opp, med viktige historiske fusjonspunkter i historien. Men jeg trur det er veldig viktig at vi husker at identitetsarbeid ikke nødvendigvis er positivt, men at det også kan være negativt. Det som vi er gitt, historisk sett, er at vi er sammenslått til et storinstitutt. Vi skal finne fram til en ny felles identitet, men inn i den må vi ta med vår egen identitet for å ha verdighet.

*Elin O. Rosvold:* Takk, Gunnar! Da går vi videre til Gunnar Tellnes.

*Gunnar Tellnes:* Jeg vil gjerne svare på det som Per Fugelli antydde: Var det initiativ til tverrfaglige grupper på tvers av instituttene, forskningsgrupper? Og det var det i ca 1989-90-91. Vi fikk til en flott samarbeidsgruppe over temaet trygdemedisin, og professor Bjerkedal var veldig aktiv for å få det til. Og det var representanter fra alle instituttene. Og det førte til at vi fikk en veldig oppgangstid, vil jeg si, i tverrfaglig samarbeid inn på 1990-tallet. Da jeg prøvde å ta initiativ til noe lignende på sykefravær på begynnelsen av 2000-tallet, så ble det ikke støttet av instituttleder på det tidspunkt og heller ikke av fakultetet da vi prøvde å få dette til som et tematisk område på sykefravær. Og når vi ser hva som skjer i dag i samfunnet på sykefraværsforskningen, så kan vi se at andre miljøer er aktive på dette området.

*Elin O. Rosvold:* Takk, Gunnar! Det er nok mange steder det har glippet litt innimellom. Men vi tar siste innlegg på denne bolken. Det er Morten Lindbæk.

*Morten Lindbæk:* Det er et tema som jeg tror kan illustrere dette her. Det er også et dilemma i forbindelse med praksisutplassering som jo har vært en plikt i mange, mange år. Jeg ser at en kunne ha vært mye mer aktiv i særlig å trekke inn samfunnsmedisinen i praksisutplasseringen. Det kunne vært en god måte til å skape bedre samarbeid. Jeg føler at det har ikke vært godt nok. Jeg sitter nå også som praksislærer i tiende semester. Jeg ser fortsatt at allmennmedisinen fungerer veldig bra, mens samfunnsmedisinen fortsatt er veldig tilfeldig og for dårlig, i forhold til hvilke muligheter som faktisk finnes.

*Elin O. Rosvold:* Da går vi videre i programmet. Da er det allmennmedisinen som skal være tema. Allmennmedisin mellom samfunn og klinikk. Per Hjortdahl, vær så god!

### **Allmennmedisinen – mellom samfunnsmedisin og klinikk**

*Per Hjortdahl:* Dette er – som seg hør og bør – både noen objektive og subjektive betraktninger fra en som begynte som stipendiat og som endte opp som professor i denne perioden. Jeg opplever at jeg har sett både ovenifra og underifra de tingene vi diskuterer. Jeg har fått en oppgitt tittel og den sier: «Allmennmedisin mellom samfunnsmedisin og klinikk.» Og etter min mening er dette en misvisende tittel. Det indikerer et skille mellom samfunnsmedisin og klinikk. Etter min mening burde dette vært: «Allmennmedisin – både anvendt samfunnsmedisin og klinikk.»

Denne, etter min mening, på mange måter kunstige dikotomien har i stor grad kjennetegnet den allmennmedisinske undervisning og forskning på instituttet vårt de siste tyve årene. Og den har ikke bare delvis hemmet og delvis fremmet vår samhandling med de andre enhetene internt på instituttet, men den har også langt på vei preget utviklingen av norsk allmennmedisin.

Hvorfor det er slik, er etter min forståelse ullent og ikke helt lett å begripe seg på. Men jeg prøver meg på noen betraktninger. Jeg tror vi må tilbake i historien for å nøste i dette. Oppbyggingen av allmennmedisin som akademisk fag både internasjonalt og nasjonalt, begynte langt på vei her i Oslo i 1968 med etablering av Institutt for allmennmedisin og med Christian Borchgrevink som leder. Mye av grunnlaget for dette nye akademiske faget var Legeforeningen og Allment praktiserende legers forening. Den såkalte «trykk- og pressgruppen» var viktig. Røde Kors klinikk med allmennleger var instrumental. Og det var allmennleger som på mange måter var engstelige for yrket sitt som lå bak dette. Disse allmennlegene var i stor grad byleger, liberalt ervervende sykdomsbehandlere på kontoret – av noen kalt «fyllepennleger». Så mye av fokus blant denne gruppen av leger var meget på klinikk, kurativ medisin og drift av egen praksis. Det var individrettet, klinisk medisin, men som samtidig innebar individuell forebygging, diagnostisering og behandling av pasienter. Dette var et av fundamentene og kanskje det viktigste fundamentet til å begynne med, for oppbygging av norsk akademisk allmennpraksis.

Det andre fundamentet, som ikke var så tydelig i begynnelsen, var distriktslegemodellen. Denne modellen er lenge etablert og godt forankret i det norske medisinske samfunn. Alle har vi som leger opplevd distriktsturnus, ofte med en karismatisk distriktslege i Hattfjelldal som satte varige merker

på sjel og sinn. Noen av oss som knyttet oss til instituttet, hadde sågar kortere eller lengre distriktslegepraksis bak oss, og Hattfjelldal ble vel etter hvert erstattet med Værøy og Røst.

Vi brakte over litt tid, men mindre tydelig, den offentlige legen, den anvendte samfunnsmedisiner inn i den akademiske allmennmedisinen. Min egen erfaring fra Værøy og Røst var Bradford-fyllinger, drikkevann, mattilsyn, skolehelsetjeneste, husmorlag med helseopplysning, saksbehandling i helseråd, pluss kurativ medisin. Det vi gjorde, var å kombinere anvendt samfunnsmedisin med klinikk. Og jeg kom faktisk inn på instituttet, jeg tror det var omtrent i 1978 første gang, for å undervise studentene i daværende sekstende termin om det å være lege på landet og lege i by. Integrering av samfunnsmedisin og klinikk i praksis.

Vi ser særlig i begynnelsen av tyveårsperioden vår en prosess der allmennpraktikeren utvikler seg fra å være en individuelt rettet sykdomsbehandler på kontoret til å bli en helseveileder i lokalsamfunnet. Dette er en utvikling vi her på instituttet var med på, men ikke utnyttet i noe særlig grad. Vi forble i våre to ulike roller, allmennmedisin og samfunnsmedisin. Og jeg opplever at vi ikke diskuterte skikkelig våre ulike arenaer – overlapp, og hvor vi kunne hjelpe hverandre i undervisning og forskning. Vi var rett og slett engstelige for å trække i bedene til hverandre, og vi på allmennmedisin, opplevde jeg, hadde veldig mye respekt for etablerte fag, samfunnsmedisin, sosialmedisin, hygiene, og så videre. Men det var også utbredt grad av revirtenkning.

Allmennmedisin vokste fra å være et ikke-fag til et klinisk hovedfag i løpet av denne tiden. Jeg vet at av noen ble vi oppfattet som en gjøkunge som ble litt kunstig lagt inn i reiret og som vokste og tok veldig mye plass. Og vi tok oss helt sikkert til rette, og vi var delvis selvopptatte i denne perioden. Og det er sikkert, som vi har hørt og sikkert kommer sikkert til å få høre mer, mange ulike oppfatninger om årsaker til hvorfor det er sånn.

Denne dikotomien har preget meget av disse tyve årene vi har vært igjennom. Navneendringene våre illustrerer noe av prosessene vi har vært igjennom. I 1968 het det bare Instituttet, det er omtrent som tidsskriftet som bare heter Tidsskriftet. Riktig navn var vel Institutt for allmennmedisin, men internt så var det bare instituttet. I 1993 ble det Instituttgruppe for samfunnsmedisinske fag, 1995 Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin. Jeg husker lenge diskusjonen, med blant andre Per Fugelli, om vi skulle ha bindestrek i allmenn eller om det skulle hete allmennmedisin og samfunnsmedisin. Det ble prøvd på en integrering ved å sette bindestrek. I 2010 så er navnet HELSAM. Hvor klinisk allmennmedisin eller klinikk helt er falt ut av navnet og klinisk medisin er stjålet av et helt annet institutt. Hvor

hører vi egentlig hjemme? Institutt for klinisk medisin eller HELSAM? Allmennmedisinen er den kliniske medisinen i lokalsamfunnet og forvalter mye av den anvendte samfunnsmedisinen i samfunnet, så det er nok her i HELSAM vi rettmessig hører hjemme, etter min mening.

Dette spenningsfeltet mellom klinikk og samfunnsmedisin er også tydelig i vår undervisning. Først hva jeg opplevde som «gjester» i et etablert sekstende termin. Og jeg husker undervisningen på gamle Rikshospitalet i samfunns- og sosialmedisin, Institutt for hygiene og så videre. Etter hvert kom vi sterkere inn og ble likeverdig partner. Men vi greide aldri i noen særlig grad å integrere vår undervisning med de andre samfunnsmedisinske fagene.

Så kom studieplanen «Oslo-96» hvor allmennmedisin ble et klinisk hovedfag. Tiende semester med tittel «Helse og samfunn» fra «Oslo-96» begynte først i 2000. Utplasseringsperioden, vår største kliniske undervisningsarena med ca. 100 eller 140 allmennpraktikere i hele Sørøst knyttet til oss, var en seks ukers utplassering hos allmennpraktiker, hvorav fire uker skulle være klinisk allmennmedisin og to uker anvendt samfunnsmedisin.

Så bare ved å påpeke det, erkjente vi dualismen. Vi jobbet veldig mye med å prøve å få til integreringen, men det har i realiteten vært vanskelig å få til i mange av utplasseringsperiodene. Kanskje jeg vil påpeke at de *aller fleste* stedene har dette vært vanskelig å få til. Jeg er fremdeles usikker på hvor vellykket denne integreringen av fire pluss to uker er, så jeg samstemmer i hva Morten har sagt.

Dualismen gjenspeiler seg også i forskningen vår som spenner over et vidt spekter. Den er kjennetegnet ved «de hundre blomster» og at vi skulle grave der vi står, gripe fatt i de forskningsproblemstillingene som vi opplevde i allmennmedisin. Men i dette utviklet det seg også en dikotomi hvor det har vært relativt lite integrering over avdelingsgrensene. På en side bygde vi opp veldig god klinisk forskning av til dels høy internasjonal klasse, slik som Morten Lindbæk med sinusitten sin, med vitamin D-mangel, KOLS, muskel/skjelettlidelser. Og denne siste begynte så bra, men forsvant langt på vei ut av allmennmedisinen og over i trygdemedisinen med Olav Rutles død i 1996.

Den andre delen, samfunnsmedisinsk forskning eller helsetjenesteforskning, translasjonsforskning har vært en viktig del av porteføljen vår. Lege/pasientforholdet, kontinuitet, kommunikasjon, kvalitetssikring og brukerinnvirkning. Men også når det gjelder samfunnsmedisinsk forskning. Pål Gulbrandsen hadde en doktoroppgave som het «Sosialmedisin i allmennpraksis. Hva gjør vi og hvordan bli bedre?» Det var Per F. og undertegnede som var veiledere for Pål Gulbrandsen. Mette Brekke skrev doktorgrad om



*Figur 5: Tor Norseth, Stein A. Evensen og Anne Alvik. (Foto: Turid Jensen)*

«Influence of social inequality and self-efficacy on rheumatoid arthritis and non-inflammatory musculoskeletal pain.» Og Maria Romøren med internasjonal medisin, om diagnostisering av seksuelt overførbare sykdommer hos gravide i Botswana.

Så vi har hatt en solid portefølje av forskning knyttet til samfunnsmedisinens problemstillinger. En av kongstankene bak sammenslåingen i 1993 var at vi skulle samhandle både i forskning og i undervisning, oppnå synergi-effekter. Tanken var god, men jeg opplever at vi i det store og i det hele ikke har greid dette, verken når det gjelder internt på vår avdeling, Seksjon for allmennmedisin eller innen instituttgruppen IASAM i løpet av disse tyve årene. La oss være denne etter min mening kunstige dikotomien bevisst og arbeide for en bedre samhandling både i den nye avdelingen for allmennmedisin og innen «nye HELSAM».

*Elin O. Rosvold:* Tusen takk, Per! Da åpner vi for debatt. Per Fugelli, vær så god!

*Per Fugelli:* Takk skal du ha, Per. Veldig klargjørende. Jeg tror ikke jeg er enig med deg. Fordi du sier at veldig mye av den anvendte samfunnsmedi-

sinen forvaltes av allmennpraktikerne. Jeg tror ikke det er rett i dag. Jeg tror vi må erkjenne, og jeg tror til og med at vi bør klappe i hendene for at fastlegen i Norge i dag i all hovedsak er og bør være en primærmedisinsk kliniker. Det er førstelinjeklinikk, det er kontinuitet i forhold til pasientpopulasjonen, det er kurativt arbeid hvori opptatt en del individrettet helsefremmende og forebyggende rådgivning. Det er fastlegens identitet og fornemste kompetanse. Jeg tror vi roter det til både på instituttet og ute i felten hvis vi lengter tilbake til Værøy og Røst, hadde jeg nær sagt, altså til den gamle kombimodellen hvor vi forventer at fastlegene også skal opparbeide kompetanse i å praktisere anvendt samfunnsmedisin.

Det jeg er enig med deg i, og det må vi snakke mer om i løpet av dagen, det er at anvendt samfunnsmedisin er et veldig sørgelig kapittel på vårt institutt, og har vært det i hele denne historien. Og da tenker jeg på, altså, den *virkelig anvendte* samfunnsmedisinen der ute i jungelen, miljørettet helsevern, smittevern, helseovervåking i lokalsamfunnene, folkehelsearbeid. Dette er kanskje vår største forsømmelse, føler jeg. Men jeg tror ikke resepten framover er å ta – liksom løfte det inn i samarbeid med allmennmedisin og inn i fastlegens portefølje. Jeg tror oppskriften må være å prøve å etablere et bærekraftig miljø for anvendt samfunnsmedisin i framtida.

*Elin O. Rosvold:* Takk skal du ha, Per! Da er neste Dag Bruusgaard.

*Dag Bruusgaard:* Jeg vil følge litt opp det Per F. sa, men er noe usikker på om jeg er enig i konklusjonen. Men Per Hjortdahl, du snakket om den kunstige dikotomien, og det har jeg ikke så veldig stor sans for. Jeg tror det er viktig å holde oss til grovinnstillingen av akademisk medisin i basalmedisin, klinisk medisin og samfunnsmedisin. Og at allmennmedisin her i Norge og i veldig mange andre land ofte er sammen med samfunnsmedisinske fag, er ikke helt tilfeldig, for det er den delen av klinikken som er nærmest samfunnet. Men av den grunn å trekke konklusjonen at det er en kunstig dikotomi, det tror jeg faktisk er kontraproduktivt. Jeg tror det er viktig å være klar over at det *er* forskjell på det *grupperettede* og det *individrettede*, og det bør vi være bevisst på. Og så må vi trekke de konklusjoner som er nødvendige i praksis og akademi og forskning.

*Elin O. Rosvold:* Takk skal du ha! Da var det en replikk fra Stein Evensen.

*Stein Evensen:* Ja, jeg har et spørsmål, kanskje både til Per H. og Per F. Når man snakker om hvilken stilling samfunnsmedisinen har, eller ikke fikk, så synes jeg det er litt påfallende at ikke et spøkelse løftes ut fra skapet. Det er

hvorfor det aldri ble etablert en «School of public health»? Jeg synes det er et sentralt spørsmål i forhold til hvorfor ting ble som det ble, eller for å være litt mer retorisk: Hvorfor ting kanskje ikke gikk i den retningen som vi kunne ha ønsket oss.

*Per Fugelli:* Men, Elin, er ikke det noe Gunnar skal svare på på slutten av dagen?

*Elin O. Rosvold:* Det var det jeg var i ferd med å si, – (*Per Fugelli.*: Unnskyld!) – at det kommer vi tilbake til som en debatt på slutten av dagen, så jeg tror vi tar den debatten da, men det var en replikk fra deg, og så går vi videre på talelisten.

*Tor Nørseth:* Et kort spørsmål, bare: Hvordan ser dere på denne nye helse-reformen eller nye organisasjonen for allmennleger og fastleger som nå skal innføres fra første januar? Gir ikke den allmennlegene et samfunnsmedisinsk ansvar?

*Per Hjortdahl:* Jo, jeg vil si at det fornyer allmennlegenes samfunnsmessige ansvar. Det ansvaret har vært der hele tiden, og det setter fingeren på det.

*Elin O. Rosvold:* Da går vi videre til Jørund Straand med kommentar!

*Jørund Straand:* På mange måter kan man si at allmennmedisin er en anomali i vårt institutt, i den forstand at vi har vært det eneste kliniske faget på IASAM og seinere nå på HELSAM. Det er også en anomali i forhold til universitetssystemet som jo har hatt spesialisering, fragmentering, spissing som sitt mantra i alle de siste tiårene, men hvor vi står for breddefaget som selvfølgelig også avspeiler klinisk allmennmedisin.

Vi har sett en utvikling av allmennmedisinens identitet fra å være basert på distriktslegen og det grupperettede perspektivet, klare samfunnsmessige implikasjoner som også er reflektert i den første læreboka i allmennmedisin (Bentsen BG, Bruusgaard D, Evensen ÅR, Fugelli P, Aaraas I. (red.) 1991) til det klinisk individrettede som er gjennomgående i Hunsgård sin lærebok (1997). Vi har vel også i vår identitetsbygging vært mer og mer tydelige på å markere oss og ha en identifikasjon knyttet til det individrettede, kliniske perspektivet som reflekteres i *fastlegerollen*.

Vi har også selvfølgelig i vår utvikling hatt veldig god hjelp av Legeforeningen. Og det er jo ikke noe nytt. Legeforeningen hadde vel som sin første oppgave da den ble etablert på slutten av 1880-tallet, nettopp å gå



til felts mot gubbeveldet på Det Kongelige Frederiks Universitet og revidere studieplanen, og at de da også «kjøpte inn» faget *allmennmedisin* i 1968. Det var for så vidt en oppfølging av en lang tradisjon. Senere, på 2000-tallet, har de kommet inn med det allmennmedisinske forskningsfondet og bidratt sterkt til at vi har fått de allmennmedisinske forskningsenheter. Det er også en oppfølging av den lange tradisjonen.

Gerd sa innledningsvis at vi har hatt en sterk vekst – i de siste årene. Da har jeg lyst til å bare skyte til at det er en vekst som har skjedd på *tross av* mer enn på *grunn av* prioriteringer internt på instituttet og fakultetet, fordi vi har i prinsippet den samme bemanningen som vi hadde på 1980-tallet, hva gjelder internt finansierte stillinger. Men veksten er resultatet av en bevisst strategi som begynte allerede i 2001, hvor vi hadde et lavpunkt. Vi har fått inn eksternt finansierte prosjekter gjennom først antibiotikasenteret og den allmennmedisinske forskningsenheten og de prosjektene vi har satt i gang.

*Elin O. Rosvold:* Da har jeg seks på talelisten og ti minutter igjen av denne bolken, så jeg setter strek under innlegget til Morten Lindbæk.

*Morten Lindbæk:* Forskningsmessig tror jeg at Jørund er inne på noe. Jeg tror for så vidt at det er den allmennmedisinske praksis som representerer vårt forskningsmessige gull. Fordi hvis vi ser hva allmennmedisinere har forsket på, så har det dels vært epidemiologi, dels har det vært klinisk forskning. Og vi har vår særegne epidemiologi, så jeg tror det er helt nødvendig at det er det vi konsentrerer oss om, fordi epidemiologi – befolkningsundersøkelser – er det mange andre som er gode på. Og vi har etter hver fått til en god del studier av den type.

Men ett eksempel som for så vidt ikke er noe godt, og som illustrerer dilemma, er at da trygdemedisin ble startet for en del år siden, ble den startet av allmennmedisinere, blant annet av Dag og Gunnar, men hvor vi har hatt altfor lite samarbeid, sånn som jeg ser det. Fordi trygdemedisin er jo stort sett egentlig også klinisk allmennmedisin. For det er beslutningene tatt av fastleger som på en måte er det. Så det er en ting som ikke er noe særlig ærerik, tror jeg.

Ellers så syns jo jeg da, som leder for antibiotikasenteret, at det er ganske spennende. Det er altså et senter som på mange måter ble startet ut fra en klinisk bevissthet om beslutninger tatt i klinisk praksis i allmennmedisin utenfor sykehus, og som nå er særdeles et samfunnsmedisinsk problem, et samfunnsmedisinsk anliggende langt på vei med resistensutvikling og sårne ting. Så det er for så vidt et eksempel på en positiv sammensmelting.



*Elin O. Rosvold:* Da har jeg tegnet meg selv, som en som har jobbet på allmennmedisin en stund. Jeg ser at vi har kanskje ikke oppnådd alt vi kunne innenfor vekselvirkning med resten av instituttet, men jeg syns også at faget allmennmedisin har vokst veldig godt i denne perioden her. Altså hvis vi bare velger å se på det faget. Vi har i hvert fall blitt et eget fag, klinisk fag, ett av tre hovedfag ved siden av kirurgi og indremedisin på studiet. Vi har blitt en del av den store slutteksamen på studiet hvor studentene gruer seg mest til allmennmedisin, for der kan du jo få *alt*. Så det er en utfordring.

Vi er inne i alle deler av semestrene på studiet med vår undervisning, vi vil gjerne komme mye tyngre inn, men vi går som en rød tråd gjennom hele studiet. Og det syns jeg vi skal være veldig stolte av.

Vi har ikke minst utover på 2000-tallet fått et økende fokus på vårt fagområde som gjør at vi i fremtiden kanskje kommer til å stå enda sterkere. Men det har vært en bratt bakke. De av oss som har jobbet med utplasseringen, vet det, hvor det i innsparingstider ble sagt at vi kanskje skulle kutte ut denne undervisningen, selv om den var vår eneste kliniske praksis. Vi ble møtt med at de som hadde studert på 60-tallet, hadde jo ikke hatt allmennmedisin i sin studietid, og de hadde klart seg bra likevel. Da hadde de jo heller ikke MR-maskiner, men det er jo så -.

Så jeg føler vi har gått i motbakke, men jeg føler at vi er å *regne med*, vi er ikke noen «gjøkunge» som allmennmedisin på Det medisinske fakultet lenger. Den forandringen tror jeg har skjedd spesielt nå de siste ti årene. Da går vi videre til Per Fugelli.

*Per Fugelli:* Ja, det er veldig fint det Elin sier. Jeg tror at kanskje den viktigste årsaken til allmennmedisinens flotte oppdrift nettopp er dette at den har satt rimelig barske grenser rundt sin hovedsak, nemlig primærmedisinsk klinikk. Det har gjort at dere har fått en rimelig konsentrasjon i forskning, det har gjort at dere har fått en rimelig tydelig profil både på akademi og ikke minst ute i samfunnet. Allmennpraktikerne er der først og fremst som *fastleger for syke folk* og der er kyndighet og forpliktelse nummer én. Og det har sikret dere suksess, og jeg tror det er veldig viktig å holde på det.

Og det bringer meg til Tor Norseths skarpe spørsmål: Disse virkelige fundamentale reformene som varsles nå gjennom *samhandlingsreformen* og og samtidig ny *lov om folkehelse*. Hvilke følger bør de få for vårt institutt, for vår undervisning, for vårt engasjement i spesialistutdanningen og ikke minst i forskning, forskningsveiledning? Da tror jeg at det ville være veldig feil å regne med at dette på en måte skal smelte sammen med allmennmedisinen på instituttet og sammen med fastlegens jobb der ute i lokalsamfunnet. Jeg tror for vårt institutt bør følgen være at vi ser at nå blir det et svært

udekket behov for skolering, men også for forskning og forskningsveiledning knyttet til anvendt folkehelsearbeid. Der ute i kommunene. Det ansvaret bør vi ta. Det bør vi altså ta ved å bygge opp en egen enhet som har det som eneansvar og profil og ikke rote det sammen med allmenntidning.

*Elin O. Rosvold:* Takk, Per Fugelli! Da går vi videre til Gunnar Bjune.

*Gunnar Bjune:* Mye av den uenigheten som kommer fram nå, kommer av at vi snakker forskjellige språk. De fleste innleggene bærer preg av at allmenntidning har som hensikt å utdanne og gi akademisk overbygning til *allmenntidning*, tidligere distriktslegen, nå fastlegen. Mens faget vel skulle være om *førstelinjetjenestene i det hele tatt*.

Fra vårt hjørne av instituttet har på en måte allmenntidningen vært litt av en skuffelse, fordi nitti prosent av det vi er opptatt av i internasjonal helse, har med førstelinjetjenester å gjøre. Men lite av den akademiske aktiviteten på allmenntidning kommer oss egentlig direkte i møte.

Antibiotikaprojektet er et morsomt unntak og en brobygger, slik jeg opplever det. Fordi det er klart at antibiotika har veldig sterkt med den enkelte doktors praksis å gjøre, altså med klinisk medisin. Men det er også et gedigent samfunnsmedisinsk problem som omfatter for eksempel reformen i apotekvesenet i Norge. Jeg tror at en gjorde lurt i å se på denne ganske fragmenterte tilnærmingen til allmenntidning som har vært til nå, som en fordel, å se at den reflekterer på en måte at dette feltet er svært og sammensatt og så tenke seg en overbygning som er en *akademisk overbygning over førstelinjetjenestene* i norsk helsevesen og for så vidt i *globalt helsevesen*.

*Elin O. Rosvold:* Takk til Gunnar Bjune. Da går vi videre til Borchgrevink.

*Christian F. Borchgrevink:* Bare en kort replikk. Per Fugelli sa noe om at samfunnsmedisin hadde hatt en sørgelig utvikling ved instituttet. Det er sikkert riktig, men en av grunnene kan være at instituttet faktisk sa nei til tilbud fra Legeforeningen om å finansiere professorat i samfunnsmedisin på begynnelsen av 90-årene. Hvorfor gjorde de det? Det forstår jeg fortsatt ikke.

*Elin O. Rosvold:* Var det da en replikk fra deg, Gunnar Tellnes? – nei. – litt senere, ja. Da har vi Sundby og Bjørndal igjen på listen før Per Hjortdahl skal få lov til å summere opp. Vi kan vel snike inn en kort replikk fra Gunnar Tellnes før Per Hjortdahl kommer til orde til slutt. Da er det Sundby, vær så god!



*Figur 6: Stein A. Evensen, Espen Bjertness og Anne Alvik. (Foto: Turid Jensen)*

*Per Sundby:* Dikotomien mellom klinikk og samfunnsfag – det er ikke tvil om at primærmedisinen har fått hele byrden av moderne omsorgsmedisin inn over seg som et praksisområde. Og det som egentlig har skjedd i løpet av vår tid, er at det vi før kalte sosiale problemer og som er en vanskelig materie å håndtere, det er gått over i allmennmedisinsk ansvarlighet, og det er de som har det. Det er vel det som egentlig er den nye identiteten, klinisk. Der er primærmedisinen i høy grad samfunnsmedisinsk. Den er blitt inkludert i alkoholistsorg, eldreomsorg, alle mulige andre sosialt baserte tjenester. Så det egentlige forskningsfelt burde være å utforske hvordan denne prosessen har skjedd, at alle samfunnets sosiale problemer etter hvert er blitt inkludert inn i det medisinske hegemoniet.

*Elin O. Rosvold:* Da er det Arild Bjørndal.

*Arild Bjørndal:* Det var to korte kommentarer her. Det ene er å se på allmennmedisinen – den må på mange måter karakteriseres som en stor suksess når det gjelder *undervisningsfaget*. Det hadde jeg bare lyst til å understreke – det har vært sagt før. Dere er inne mange steder og som et hovedfag.

Det bringer meg til den andre kommentaren og det er at denne bruken av ordet *fag* i dag er litt vrien. Fordi det er tett på historieskrivningen, det er tett på identiteten, jeg tenker på strategisk tenkning om fremtiden. Bruken av begrepet *fag* har vi jo på en måte alltid vært uenig om på dette instituttet. Er det *forskningsfaget*, er det *undervisningsfaget*, er *det anvendte faget*? Skal vi først karakterisere *allmenn- eller samfunnsmedisin* eller hvilket begrep vi nå bruker? Skal vi se på det med briller utenfra eller innefra akademiet? Og så videre – skal vi ta utgangspunkt i funksjonen i samfunnet eller den historiske tilfældighet som har vokst fram på universitetet?

Så jeg tror at hvis vi skal greie å bruke historien til å forme identitet og strategi framover, må vi være litt presise i bruken av begrepet *fag*.

*Elin O. Rosvold:* Takk! Det tror jeg vi kommer tilbake til, den uklare avgrensing av ting. To korte replikker fra Gunnar Tellnes og Morten Lindbæk for Per Hjortdahl får lov til å oppsummere. Vær så god, Gunnar!

*Gunnar Tellnes:* Litt er til Per Hjortdahl som mener at allmennmedisin ivaretar samfunnsmedisinen i stor grad. Jeg tror at det er mye man i dagens samfunn som *fastlege* ikke kan rekke over. For eksempel interkommunalt samarbeid i samfunnsmedisinen, for eksempel tverrfaglig samarbeid med andre grupper. Slik at fastlegeordningen begrenser allmennlegenes mulighet for å drive grupperettet samfunnsmedisin. Derfor er den anvendte samfunnsmedisinen ved vårt institutts kontakt med samfunnsmedisinerne ute i felten viktig å utvikle.

*Elin O. Rosvold:* Takk skal du ha, Gunnar! Morten Lindbæk.

*Morten Lindbæk:* Jeg syns at Sundbys poeng er veldig bra, og jeg vil legge til rusomsorg, og jeg vil legge til å jobbe på sykehjem, som langt på vei nå er en primærlegepost – ofte også en fastlegejobb i tillegg i tillegg til andre ting. Så det illustrerer ditt poeng.

*Elin O. Rosvold:* En kort replikk fra meg: Vi har nå også fått inn sykehjemsarbeid som en del av undervisningen i allmennmedisin. Og vi håper å få det som en praksis etter hvert. Per Hjortdahl, nå kan du få lov til å oppsummere:

*Per Hjortdahl:* Jeg syns dette har vært en veldig spennende og viktig diskusjon. Jeg opplever at allmennmedisinen har veldig mye å være stolt av, både når det gjelder undervisning, forskning og utvikling av et akademisk fag.

Men jeg ser også at det er mye vi kan forbedre. Og et av disse områdene er det som har vært *den anvendte samfunnsmedisin* og «like it or not», veldig mye av dette utføres av allmennleger, fastleger og kommuneleger enten av type en eller to rundt omkring i det ganske norske land. Denne delen har vi grepet dårlig fatt i. Og den har vi ikke fått til, etter min mening.

Jeg la vekt på å se bakover. Hva har skjedd i disse tyve årene? Nå må vi snu blikket og se fremover. Da må vi ha dialog og diskusjon over institutt- og faggrensene våre. Det er vel den tingen jeg virkelig håper kan komme ut av dette, at vi kan sette oss ned hele instituttet og snakke om hvor er det vi kan utfylle hverandre, hjelpe hverandre å få dette til fremover?

*Elin O. Rosvold:* Takk for den oppsummeringen! Vi får vel flere tanker rundt bordet om veien som går videre i løpet av dette seminaret. Vi går i hvert fall videre på programmet, og da er det: Kompetanse i kontekst – humaniora og samfunnsvitenskap i medisinen. Hvor Øivind Larsen skal holde et innlegg. Og det er det siste innlegget før kaffepausen.

---

## **Kompetanse i kontekst – humaniora og samfunnsvitenskap i medisinen**

*Øivind Larsen:* «Du må snakke med arbeidsgiveren din om å få lettere arbeid!» Det kunne en ryggpasient i 1959- og 1960-årene få høre fra sin allmennlege. Og legen, allmennlegen, hadde lært å si i sitt studium at lettere arbeid kunne være gunstig. Men folk som hadde erfaring fra arbeidslivet, eller kanskje var fagfolk i en bedriftshelsetjeneste eller en personalavdeling, ville allerede da vite at mye av dette var uinformert doktorsnakk. En autoritativ hilsen fra en annen verden. Allerede da var arbeidslivet på vei vekk fra de store hjørnesteinsbedriftene som beskjeftiget alt og alle, og der man fortsatt hadde noen som gikk rundt med en kost, permanent eller i en rehabiliteringsfase. Og der man kanskje fortsatt så seg råd til kanskje å ha en eldreomsorg i form av gamle, trofaste slitere på en arbeidsplass hvor de ikke utrettet så mye lenger. Hvorfor og på hvilket grunnlag ga doktoren slike råd som det var lett å si, men vanskelig å gjennomføre? Det kan simpelthen ha vært at doktorens samfunnsorientering og kulturorientering ikke var den beste.

Et annet eksempel: Kanskje vegrer den hostende åttiåringen seg mot å bli lagt inn på sykehus. Den unge legen skjønner ikke hvorfor pasienten reagerer så emosjonelt på hans åpenbart faglig velbegrunnede ønske om å få tilstanden nærmere utredet. Men legen slår seg til ro med lærdommene fra medisinske atferdsfag om benekting, mestring, og så videre. Bjørnson har snakket om dette, «Godt mot! Du hilste på flere enn meg, skjønt du i

skyndingen så det ei.» sa han. Vi, litt eldre, vet at legens forslag om sykehusinnleggelse kanskje støter an mot åttiåringens hele livshistorie. Født i 1931, ganske sannsynlig med tuberkulose i familien, ikke usannsynlig at han selv har vært til skremmende tuberkulosekontroller i grå krigs- og etterkrigsår, har gjennomlevd velstandsvekst og folkehelseforbedring, da med en lurende angst forankret i fortiden. «Dette kan ikke vare. Nå varer det kanskje ikke lenger for min del, hvis jeg lar meg legge inn på sykehus.»

Slike eksempler kan vi nevne i fleng. Det er klart at hvis leger skal utdannes for en optimal funksjon *i samfunnet*, må de også ha en kompetanse *om samfunnet* som har en viss dybde. Sannsynligvis bør deres samfunnskunnskap ha tilnærmet samme dybde som deres medisinske kunnskaper, dersom de skal fylle funksjoner som består i å håndtere medisinske problemer på individ- eller gruppeplan i samfunnet.

*Samfunnskunnskap*, som jeg altså etterlyser, har også en tidsakse som strekker seg både forover og bakover. Det såkalte «bestemortrieket» er en vinner når man starter opp medisinhistorisk undervisning. Man peker bare på en tilfeldig student og sier: «Jeg vet noe om din bestemor.» Og da blir øynene fylt med spørsmålstegn. Lærerens forarbeid har ganske enkelt bestått i å finne ut sånn omtrent når det er sannsynlig at studentens bestemor var født. Ut fra allmenn-, samfunns- og historiekunnskap kan man si en god del med ganske stor sannsynlighet for at det er riktig. Om yrke, sivilstand, barn og så videre og så videre. Ofte nikker studenten overrasket – ikke helt, men nesten riktig. «Hvordan vet du dette? Du kjenner da ikke min bestemor!» og lærerens svar som synker inn, er enkelt: «Fordi jeg kan en del historie.» Da er studentene med.

Og det er *å ha dem med* også når de blir leger, som bør tilstrebes.

Helsehistorien er særlig viktig. Å forstå hvordan sykdomsspekteret har forandret seg og blant annet også har forandret angster, risikotenkning og standarder for *hva er det gode liv* – når det gjelder helse.

Undervisningen om *kunst og medisin* har vist seg å være både nyttig og populær. For kunst er et språk hvor man kan vise både hvordan aktuelle temaer, og måten disse temaene framstilles på, er forskjellige. Studentene får med seg at det er overføringskunnskap i dette.

*Helsevesenhistorie* er også viktig. Hva er *selvfølgelige rettigheter* og hva er *aldeles ikke selvfølgelige rettigheter*? Og hvordan er det blitt slik her og i andre land?

Medisinens egen utvikling som fag er også sentral. Hvordan er den medisinske kunnskapen egentlig blitt til? Hvorfor og hvordan kan vi fortsatt stole på den og når kan vi ikke?

Medisinskhistorisk kunnskap er også kunnskap om tiltaks og reformers skjebne i samfunnet. Hva har vist seg å være bra, og hva har ikke gått? Vet vi noe på et kvalifisert plan, kan vi kanskje bidra til å justere retningen framover. Og på individplanet henviser vi ikke pasienten til et lettere arbeid som ikke finnes. Og vi rehabiliterer ikke pasienten til et yrke som er på vei ut.

I det medisinske profesjonsstudium er det simpelthen en nødvendighet å sørge for at studentene lærer en del samfunnskunnskap og historie, og at de lærer at deres medisinske kompetanse har en kontekst. Kunnskap om denne konteksten er etter mitt skjønn en forutsetning for at kompetansen skal virke. Altså at den medisinske kompetansen skal ha den effekt vi ønsker. Og så kan vi spørre om den undervisningen vi tilbyr og det miljøet vi har bygd opp for å gi den undervisningen, fyller det behovet.

I medisinske atferdsfag får studentene en innføring i psykologi og sosiologi. Slik at de i det minste forstår at det finnes store felt i samfunnet hvor man kanskje burde orientere seg bedre. Hos oss er det medisinsk antropologi som er faget som blant annet utforsker, belyser og forteller om hvordan folk opplever og fortolker sykdom. Uten forståelse for hvordan mottakerens hode reagerer på et medisinsk budskap, blir legen lett tafatt i sin formidling. Og forståelsen for at denne kunnskapen er kulturell og avhengig av tid og sted er essensiell.

Hvis vi snakker om en eksotisk sydhavsøy for lenge siden eller en obskur sentralasiatisk republikk eller førstegenerasjons innvandrere i Oslo, da er forskjellene åpenbare. Men det er prinsipielt de samme forskjeller i de mer diminutive ulikehetene mellom la oss si Sunnmøre og Oslo. Dette er altså den hverdagen som vi skal håndtere med kompetanse i kultur- og samfunnskunnskap i dagens medisin. Neste spørsmål er da hvorvidt organiseringen av instituttgruppen i sin tid i 1989 tok behørlige hensyn til dette.

Vi har for eksempel i *medisinsk antropologi* i det senere fått et suksessprosjekt om «Helse på norsk» ved prosjektet til Ingstad og Fugelli som nettopp viser hvor viktig det er dette å kunne *kultur* i tid og rom. Tok vi i sin tid hensyn til dette? Vi visste allerede da at det var slik, men hadde ikke fått det dokumentert og belagt ennå.

Atskillelsen mellom sosialmedisin og hygiene fra 1951 var i og for seg blitt jevnet ut igjen med tverrfaglig potensial, også når det gjaldt samfunnsorientering i tid og rom. Medisinsk antropologi var blitt med i den nye grupperingen. At medisinsk kunnskap også skapes gjennom kvalitativ forskning, fikk en større og mer synlig plass. Men så var det andre ting som man kan reise spørsmål ved. Hva for eksempel med det i samfunnsmedisin så sentrale fag *epidemiologi*? Hvorfor valgte man å skille det fra søstervitenskapen *medisinsk statistikk*? Og hvorfor var allmenntillegninger som har pasi-





Figur 7: Gunnar Bjune, Anne-Lise Middelthon, Elin Olaug Rosvold, Øivind Larsen og Gerd Holmboe-Ottesen. (Foto: Turid Jensen)

entkontakt som kjernetema, blitt atskilt fra *medisinske atferdsfag* som drev og driver med tilsvarende problemstillinger? Tenkte man ikke på å lage et mer strømlinjet program for *joining efforts*? Ville ikke både forskningen og undervisningen allerede i slutten av 1980-årene, da sammenslåingsplanene ble lagt, bli oppfattet slik at man ville tjent på det?

Vi kan også spørre hvorfor fakultetet i sin tid ikke så utover egne rekker den gang i 1980-årene. Og så at for eksempel fag som *samfunnsgeografi* og *sosiologi* inneholdt mange elementer som samfunnsmedisinerne betraktet som sine? Men der annen fagbakgrunn og samarbeid med andre fagfolk kanskje kunne betydd en berikelse.

Et siste spørsmål før vi slipper løs diskusjonen om dette, er hvorvidt studieplanen som vårt institutt har undervist etter i den siste delen av det tidsvinduet vi dekker her, fra 1996 til 2010, *Oslo-96*, er optimal når det gjelder tilpasning til de humaniorakunnskaper og de samfunnskunnskaper som trengs. Og ikke minst om studieplanen er fleksibel nok til å følge med



på det som skjer. Jeg antar at diskusjonen vil formidle et *nei* til dette. En av grunnene er etter mitt skjønn *selve undervisningsformen*. For samfunnsmedisin og humaniora egner mye seg best for forelesninger og kurs med mer langsgående karakter og plass til mer fordypning. Og det er det lite plass til nå. For disse fag var den gamle studieordningen bedre. Se for eksempel gjengivelse av den i Det medisinske fakultet sin jubileumbok ved 175-årsjubileet, i samme året som omorganiseringen ble lansert, nemlig 1989.

En annen grunn til å reise spørsmål, er studiets dreining av legerollen, at legen er en person som skal løse enkeltproblemer. Og det er også en rigiditet i studieplanen som er en følge av at den er så komplisert at den er vanskelig å forandre. Oslo-96 bør kanskje være gjenstand for historiske studier i seg selv; hvordan radikale tanker fra rundt 1970 kombinert med bestrebelsene i Maastricht for å gjenopplive en traurig nederlandsk gruveby, førte til en undervisningsideologi som ble møtt med forelskelse i vide kretser<sup>10</sup>.

Altså, gitt behovet for forskning, undervisning i humaniora og samfunnsmedisin. Ble vårt sammenslåtte miljø organisert slik at det ga de beste betingelsene for dette? Jeg har en hypotese som historien om vårt institutt kanskje kan belyse, og gi svar som kanskje har allmenn interesse. Det er at omorganiseringer som *tilsynelatende* i hovedsak er *administrativt* begrunnet, kan ha *faglige effekter* som ikke viser seg da, men først når det er gått både ti og tyve år. Det fører til at slike omorganiseringer ikke bør gjennomføres før en *omhyggelig konsekvensanalyse* er foretatt.

*Elin O. Rosvold:* Takk skal du ha, Øivind! Da starter vi med Anne Kveim Lie.

*Anne Kveim Lie:* Du sa veldig lite om innholdet i disse fagene i denne perioden. Det er litt rart, for det er ganske mye som har skjedd. En opplagting som du var med på sammen med Per og Benedicte, var å søke om NFR-prosjektet som het *sosiale og kulturelle perspektiver på helse og sykdom*. Det kan andre si mer om. Men jeg ville bare si det, et stort NFR-prosjekt som det medisinske antropologimiljøet her i Oslo fikk tilslag på, og også fikk anledning til å knytte til seg en forskningsleder, Harald Grimen, som har vært veldig viktig for oss senere. Og veldig viktig i forhold til oppbyggingen av hele miljøet. Det er én ting.

---

10 Se Larsen Ø. The winds from Maastricht. *Michael* 2011;8:329-43.

Og så synes jeg også det er vesentlig at vi i denne perioden, mye takket være Stein, fikk etablert en ny stilling, en helt ny stilling i medisinsk historie.

Jeg har lyst til å trekke fram at antropologi har fått til å etablere et stort miljø, når vi snakker om *hvordan utvikle forskningsmiljøer*. De har vært veldig flinke til å utnytte eksterne midler, noe vi ikke har vært så flinke til – eller overhodet ikke i det hele tatt – i forhold til å bygge et forskningsmiljø.

Og så har vel ingen av oss vært så veldig flinke når det gjelder å utvikle undervisning, i hvert fall ikke på grunn-nivå. Antropologi har vært flinkere på *doktorgradsnivå* i forhold til å utvikle forskningskompetanse, men på *undervisningsnivå*, føler jeg, der har vi egentlig vært ganske dårlige. Vi har også fått mindre og mindre plass på studieplanene. Men det er også delvis vår skyld. Og jeg mener det er veldig dumt i en situasjon hvor nå stadig mer går i retning av evidensbasert praksis og kunnskap og synliggjør at det finnes noen andre måter å produsere kunnskap på, og som kan få tilgang til områder og objekter som man rett og slett ikke kommer til ved en evidensbasert tilnærming. Og det har vi også, synes jeg, vært for dårlig til å synliggjøre.

*Elin O. Rosvold:* Takk, Anne! Da er vi over til Bjørgulf Claussen.

*Bjørgulf Claussen:* Jo bedre vi kjenner våre medmennesker i nåtid og fortid, jo bedre leger blir vi for pasientene våre. Men så aner jeg det samme i innlegget ditt i dag som jeg har opplevd mange ganger, nemlig at det er ikke så lett å dytte på medisinske studenter denne allmennkunnskapen om samfunn i fortid og nåtid. Og vi får jo mye dårlige tilbakemeldinger fra studentene når det gjelder undervisningen i samfunnsmedisin av den grunn. De vil liksom ikke allmenndannes av oss. Og det forstår jeg jo på en måte. Og jeg opplevde dette veldig nært, Øivind, fordi vi har undervist mye sammen overfor utenlandsmedisinere. Et stort auditorium med 120 leger fra alle verdens kanter som vi skal prøve å lære om norske samfunnsforhold. Og jeg har opplevd deg som ganske skuffet både når det gjelder disse utenlandsmedisinerne og når det gjelder de vanlige medisinerne her i Oslo, for interessen for denne allmennkunnskap. Det er synd når vi lærere er skuffet over våre studenter. Vi kommer ikke så veldig mye lenger med det, tror jeg. Jeg lurere på om vi må prøve en gang til. Og så gjennomgå metodene for å undervise studenter i denne allmennkunnskapen, som selvfølgelig er veldig viktig, som du sier.

*Elin O. Rosvold:* Jeg tillater meg å komme med en replikk der, fordi at det har alltid vært slik at vi har slitt litt med oppmøte og undervisningen i samfunnsmedisin. Jeg har fått en del tilbakemeldinger. Nå sitter jeg som leder for tiende semester og har gjort det de senere årene. At det bare er sånn, og sånn har det alltid vært. Og jeg har lurt på hvorfor vi har tatt den holdningen i stedet for å gå inn og lure på hva kan vi gjøre. Så har vi bare sagt at nei, disse fagene er det tydeligvis ikke mulig å nå gjennom med. Det spørsmålet vil jeg gjerne la henge her litt også.

Da går vi videre til Per Fugelli.

*Per Fugelli:* ja, takk til Øivind for et tankevekkende innlegg som jo skal minne oss om at helse, ordet helse kommer av gammalnorsk *heill* som betyr *helhet* – eller *kontekst* som du snakker om. Og jeg tror alle rundt bordet her er veldig enig med deg i vektleggingen av kulturelle, sosiale, gjerne historiske rammebetingelser rundt det syke mennesket. Men så har vi trøbbel, da, fordi når vi da kommer ut i jungelen til rådende medisinsk praksis i sykehus, så er det bit for bit for bit. Ikke sant, det er fragmenter og celler, og til nød organer i isolasjon. Og dette som du markedsfører så vakkert, *kontekst*, går på en måte mer og mer av moten i den superspesialiserte medisinen. Det bringer meg frem til, ja, hipp hurra for medisinsk antropologi som jo har vært et lyspunkt i mørket, hadde jeg nær sagt, ved vårt institutt.

Men noe som kan ligge der som en fristelse for dere, og som dere har gjort for lite av, syns jeg: Ikke sant, en del av samfunnsmedisinens klassiske oppdrag har og vært å ha et skarpt øye, kritisk øye på medisinen i samfunnet. Og i internasjonal medisinsk antropologi har det mange steder vært et viktig forskningsfelt å granske den medisinske kulturen. Jeg tenker at det har vi gjort veldig lite av fra vår side. Anne, ja takk, *radesyken*. Men det er noen hundre år siden. Deler av det kan på en måte framskrives i innsikt i dag. Men jeg tenker: Et veldig vitalt forskningsfelt kunne være å gå mer konkret spesifikt inn på *utviklingstrekk i klinisk praksis*, ganske særlig da i *sykehusene*.

*Elin O. Rosvold:* Takk skal du ha, Per! Da har jeg fem stykker på listen min, og setter strek under innlegget nå til Per Hjortdahl.

*Per Hjortdahl:* Øivind, du setter spørsmål ved andre faktorer enn de rent faglige som styrende for en del av disse tingene. Jeg opplever at det har vært gjeldende i en del av tiåret eller de tyve årene som har gått. Administrative faktorer, personlige hensyn styrer også en del av hvordan utviklingen har vært. Og da tenker jeg litt på dette med klinisk kommunikasjon, hvor jeg

opplever at en sterk dekanus, nemlig Per Vaglum, av personlig, men også faglig begrunnelse valgte å legge atferdsfag inn under basalfag. For meg har dette vært vanskelig å forstå, men det var hans egen overbevisning, opplever jeg, som fikk det til.

Vi i allmennmedisin grep jo fatt i dette og prøvde å viderebære en del av lege/pasientforholdet, prøvde å se på noe av det det har vært snakk om, om kontinuitet, og drev en del forskning rundt det. Men etter hvert har dette forvitret, siden vi ikke har hatt mer basis når det gjelder lege/pasientforholdet, klinisk kommunikasjon, pasientmedvirkning. Og spørsmålet er om vi skal prøve å ta det litt tilbake.

*Elin O. Rosvold:* Takk, da er det Espen Bjertness.

*Espen Bjertness:* Øivind stilte spørsmålet hvorfor statistikk og epidemiologi er atskilt. Det er negativt for samfunnsmedisinen at vi er atskilt, hvis man ser på epidemiologi som en av de viktige metodene innen samfunnsmedisinsk forskning. Nå er metodologien blitt så avansert og så basert på biostatistisk kunnskap, for eksempel kausalitetstankegangen, at jeg gjerne skulle sett at vi var samlokalisert eller hadde et eget biostatistikkmiljø hos oss. Hvis vi går litt tilbake i tid, til 1993 omtrent, det var vel da Forskningsrådet bevilget penger til to stillinger i epidemiologi ved hvert av de fire universitetene. Så var det slik at universitetet skulle overta de stillingene etter en tre- eller fireårsperiode, tror jeg det var. Da ble vi plassert ved instituttet vårt. Jeg kunne likt å høre historien bak hvorfor det, og hvorfor ikke hos statistikkmiljøet, og hvorfor ikke statistikk ble knyttet sammen med oss. Det kan jo tenkes at det ligger litt personlige føringar bak det, jeg vet ikke, noe som Per Hjortdahl antydde, altså.

*Elin O. Rosvold:* Takk skal du ha. Da er det Anne-Lise Middelthon.

*Anne-Lise Middelthon:* Jeg er her fra antropologien. Jeg er enig med Anne i at det er viktig å få med nettopp dette at fra NFR – gjennom to perioder, faktisk – hadde vi miljøstøtte, som var noe av det som lå til grunn nettopp for Per og Benedictes studie. Men jeg er også enig med de som sier at vi ikke har klart godt nok å utnytte det potensialet som har ligget på huset – og som også Per tar opp. Ikke bare tverrfagligheten – men det som *ligger i den*. Nettopp et både utenfra og innenfra-perspektiv, som man kunne ha når det gjelder å se på profesjonen.

Det har liksom vært sånn at vi har *gjort forsøk* hele tiden. Husker du, Espen? Vi møtte hos dere og skulle snakke om risiko, og så fikk vi det ikke



*Figur 8: Johanne  
Sundby.  
(Foto: Turid Jensen)*

ordentlig til. Jeg har en følelse av noe av det som gjenspeiles når du snakker om andre ting også: Det har vært et sånt vennlig ønske, men en relativt dårlig kapasitet til å gjennomføre. Den gangen vi kom lengst, var vel da vi satte i gang et radikalt tverrfaglig samarbeid samme dag, men som strandet i Forskningsrådet fordi det var for radikalt. Hvor Forskningsrådet senere faktisk har sagt at de har for dårlig kompetanse til å vurdere så radikalt tverrfaglige prosjekter.

Vi var jo én veldig lenge: Benedicte. Men da vi ble to, så ble vi en komma tjue, for jeg var tjue prosent ganske lenge. Så det er en veldig kort periode hvor faktisk har vært to. Men vi har hatt, som alle sier, en veldig stor seksjon med mange folk, fordi vi har dratt inn eksterne midler i veldig stor grad.

Jeg tenkte da jeg hørte på radioen i dag, eller var det i går, fra årsmøte i Allmennlegeforeningen, hvor man tar opp medikaliseringen, som vel typisk er en ting som ikke kan håndteres innad i medisinen. Og jeg tenkte, vi har medikalisering hos oss, tenkte jeg. Det kan jo være faktisk ganske godt som innsatsområde for å få til noe. Se på medikaliseringen som skjer, når allmennlegene tar det så aktivt opp.

Øivind hadde i sin tid det veldig radikale *matriseforslaget* for organiseringen – som de fleste av oss ikke var enige i. Vi var helt for *forskningsmatriser* – men at for å få til å bidra noe i et tverrfaglig forskningsprosjekt, så måtte du ha et sted å *utvikle faget ditt*. Det var helt uavhengig av om det var epidemiologi eller hva det var. Og vi har jo klart den første biten, det å utvikle oss hjemme, men ikke å bringe det inn i matrisen. Det gjelder vel litt uansett hva vi snakker om her. Det er, syns jeg, en av utfordringene hvor jeg tror vi bare vi må sette ned noen prosjekter.

Jeg er også enig i at samfunnsmedisin er for svak. Altså at det er for *lite undervisning* i samfunnsmedisin opp gjennom medisinstudiet. Jeg hører jo stadig alle disse idéene om akkurat medisinerstudentene *må ha* og hvordan de *må* håndteres og hvordan man *må gjøre* det oppigjennom alle de årene jeg har vært her. Og det tenker jeg er et studium verdt. Altså sånn akkurat det derre med: « – ellers så kan du ikke – ellers så vil de ikke – » Det er en blanding av at man vet akkurat hvordan de har det, og en forskrekkelse over at hvis man ikke gjør det akkurat sånn, så *vil* de ikke – En veldig rar dynamikk egentlig, i den måten man omtaler studentene på. Jeg ser du fniser, Per. Ha-ha- du mener at man må ha pizza, ikke sant? – ha – ha – (mye latter og småtull i salen) –

For å ta dette potensialet om at man må ha noen som er *innenfor* og noen som er *delvis utenfor* selv om man er *innenfor*, for å kunne man se på sanne ting. Vi snakket foran om at såpass mye av den klassiske samfunnsmedisins problemstillinger nå ligger i allmennmedisinen. Det er klart at da må man undervise de som skal i allmennmedisinen. Men det betyr jo ikke at *forskningen* skal ligge der, ikke sant? Det sier bare ennå mer om hvor nødvendig det er å kunne dra på forskning flere steder. Å utvikle forskning med tyngdepunkt flere steder.

Og *anvendt* – anvendt samfunnsmedisin har vært definert forskjellig. Jeg husker Arild definerte det en gang som *å gi råd til politikerne*. Etter hvert

har det vel satt seg en noe bredere idé om hva som skal til for anvendt samfunnsmedisin. Og det trenger vi vel.

Men så tenkte jeg at jeg syns det er mye vi ikke har fått til. Men en av de personlige tingene jeg er forpliktet til, det er alltid å gå på mandagsmøtene. For å komme med ting fra det perspektivet jeg har, siden det er annerledes enn de andre. Og det har jeg synes har vært en selvdefinert forpliktelse når du befinner deg som en liten gruppe i et et større miljø.

Det ser ut som du (Elin) skal til å si noe – skal jeg holde opp? Ja, det er i orden.

*Elin O. Rosvold:* Ja, jeg liker jo aldri å stoppe folk, men vi er – apropos pizza – på vei inn i kaffepausen. Jeg har tre stykker til på talelisten. Hvis jeg gir dere ett minutt hver, så får dere sagt det viktigste, og så tar vi kaffe deretter. Da er det Gunnar Bjune først.

*Gunnar Bjune:* Jeg er hjertens enig i alt det Øivind sa og mesteparten av det som er sagt under diskusjonen, men jeg er gnistrende uenig i sluttkommentaren din, Øivind. For du sa at reformer har langtidseffekter og nye reformer bør ikke iverksettes før den forrige reformen er evaluert. Det er et utsagn som er konservativt på grensen til det reaksjonære, fordi verden ville da endre seg så fort i forhold til det vi kan følge med med reformer, at det er helt håpløst.

Jeg syns at det ville vært veldig moro hvis mange av de spørsmålene som historikere ville like å spørre etter at en reform har gitt langtidseffekter, ble stilt i det man begynner å planlegge den neste reformen. Som kjent, så sa Øverland at «Når djevelen fikk så i sinn, at intet skulle skje, så satte han i verden inn den første *evalueringskomité*.» Jeg tror Guds mottiltak ville være implementeringsforskning.

*Elin O. Rosvold:* Vi har ikke mikrofoner i kaffepausen, så vi får la Øivind komme med en kort replikk på den der!

*Øivind Larsen:* Rent selvforsvar: Jeg sa ikke det du sa jeg sa. Jeg var enig med din konklusjon!

*Elin O. Rosvold:* Da er det Christoph Gradmann.

*Christoph Gradmann:* Dette er jo et erindingsseminar og for så vidt har jeg lite erindringer å bidra med, siden jeg jo ikke var med i denne historien, bare i de siste fem år. Men det var det Øivind har sagt om «Oslo-96» og

humanorias stilling innenfor studieplanen. Det minner meg om noe som jeg har opplevd siden jeg kom hit. Da jeg tok stillingen, var det en ny stilling. Og jeg oppfattet det i all min naivitet som en satsning på siden av fakultetet og instituttet på nettopp faget *historie*. På mange måter har det vært det, så jeg har hatt mange gode opplevelser i forhold til dette. Men det gjelder i alle fall ikke *studieplanen*. Den har jeg opplevd som en – som noe som viser egentlig en god del – ja, la oss si *misstro* i forhold til humanistiske fag. Jeg vet ikke akkurat hva det sier om oss og hva det sier om fakultetet, at det samtidig skaper en stilling i historie, men har en studieplan som har egentlig lite plass for sånne studier, og som synes å si at det heller ikke er noe behov for sånt. Nå har vi snakket om langtidseffekter. Dette er en langtidseffekt som jeg opplever i meg sjøl, at denne studieplanen «Oslo-96», den var en gang kanskje en reform, men hvis man er kommet tilstede noe senere, så opplever man den som en type tvangstrøye.

*Elin O. Rosvold:* Takk skal du ha. Vi kommer tilbake til studieplanen i et senere innlegg. Da er det en kort kommentar også fra Gunner Tellnes, før vi tar kaffe.

*Gunnar Tellnes:* Helsefremmende arbeid, altså «Health promotion» på engelsk, har vært lite prioritert som universitetsfag i Oslo, mens det for eksempel ved Universitetet i Bergen i mange år har vært en internasjonal mastergrad i dette faget. Fag fra humaniora, kultur og samfunnsvitenskap er viktige fag i det helsefremmende arbeidet. Og stikkordet her er blant annet salutogenese, sense of coherence, det vil si følelse av sosial tilhørighet som vi leser om i Aftenposten i dag, empowerment, og så videre. Natur-Kultur-Helsesenteret og dette prosjektet ved Universitetet i Oslo, altså NaKuHel-prosjektet, har vektlagt disse fagene som en viktig del av dagens folkehelsearbeid for å møte sykdomspanoramaet i vår tid. Det er viktig at vi i vårt undervisningstilbud styrker helsefremmende arbeid, ikke minst for å møte de intensjoner som ligger i samhandlingsreformens vektlegging av forebyggende arbeid og ny lov om folkehelsearbeid.

*Elin O. Rosvold:* Takk skal du ha, Gunnar! Da er det kaffepause. Jeg foreslår at vi har den frem til 11.05, at vi altså møtes her fem over elleve. Jeg vil samtidig minne om at de av dere som da ikke skal være til stede på midt-dagen i kveld, gir beskjed til Turid, slik at vi kan få avlyst unødvendige kuverter. Takk skal dere ha!

---



*Øivind Larsen:* Hvis alle inntar plassene igjen, er vi klare til å fortsette. Tema for dette avsnittet er IASAMs fagutvikling og forskning fra 1990 til 2010. Der har vi bedt Dag Bruusgaard om å forberede et innlegg, vær så god!

## **IASAM – Fagutvikling og forskning 1990-2010**

*Dag Bruusgaard:* Ja, takk for invitasjonen! Noe usikker på oppdraget. Men har valgt å ta tak i noe av det som liksom falt meg inn. Jeg har ikke på noen måte tatt mål av meg til en beskrivelse av et forløp, men skal ta tak i noe som jeg tror kanskje har betydning også for instituttets videre ve og vel. Kunne tenke meg å begynne med et sitat som min doktoravhandling startet med, fra 1979, – en fallende stjerne på de fleste himler: «Praksis er utgangspunktet for erkjennelsen. Så snart en ved praksis har vunnet seg teoretiske kunnskaper, da må en i neste tur vende dem om i praksis.» Det var da Mao Tse-tung 1937 (– lav humring –) om *praksis*. Og det var da, mitt arbeid het: «To alen av samme stykke – rapport fra et prosjekt igangsatt for å bedre arbeidsdeling og samarbeid mellom den primære helsetjeneste og sykehus.»

Jeg fikk litt lyst til å komme med et annet sitat, ikke fullt så kjent. Men det var avslutningen til innledningen til dette, også som et apropos til dagens situasjon. «Jeg håper på en økende aktivitet omkring arbeidsdeling og samarbeidsspørsmål innen helsevesenet, og at denne boken vil kunne bidra til å fremskynde utviklingen. Forøvrig er det min mening at det nå haster med å få denne loven om distriktshelsetjenesten.» Loven om distriktshelsetjenesten kom tre år senere, i 1982, samhandlingsreformen kom ca 30 år senere.

Tema er «Fagutvikling». *Fagutvikling* er vel ikke en del av universitetets kjerneoppgaver. Men det står slik. Det står foran forskning, faktisk. Har vi bidratt til fagutviklingen? Og spørsmålet er: *Skal vi gjøre det?* Skal vi drive anvendt forskning eller skal vi drive mer basalforskningsorientert virksomhet? Jeg har vært fastlege de siste førti årene, en dag i uka. Og noen pasienter hadde vært inne på nettet og funnet ut at jeg drev og forsket på muskel/skjelettsykdommer, og sa det var derfor de valgte meg. Mitt ærlige svar tilbake ville vært at det er helt riktig, jeg forsker på dette feltet, men jeg er veldig dårlig når det gjelder praksis. Det vil si jeg er ganske sånn resignert og vet søren ikke hva jeg skal gjøre.

Så for meg har det vært et klart og relativt bevisst skille mellom den forskningen jeg har drevet og den praksis jeg har drevet, og har vel i hvert fall over for meg selv forsvart dette. Noe av det var kanskje at jeg ble litt skremt av den anvendte forskningen i mitt doktorgradsprosjekt. Det å skulle drive og skulle administrere, finansiere og evaluere kanskje det største og



Figur 9: Elin Olaug Rosvold, Øivind Larsen, Gerd Holmboe-Ottesen og Magne Nylenna.  
(Foto: Turid Jensen)

første ordentlig samhandlingsprosjektet i Norge! Det er jeg veldig usikker på om er en universitetsoppgave og om vi skal hive oss på.

Og det har selvfølgelig en parallell i dagens situasjon. Hvor det har vært antydnet at nå bør instituttet ta mål av seg til å bli et stort evalueringsorgan for samhandlingsreformen og det som foregår i helsevesenet. Det tror jeg er en viktig prinsipiell avgjørelse for et universitetsinstitutt, om en vil hive seg på den bølgen. Og i tilfelle også, for å gå et skritt videre, å bygge opp kompetanse med økonomer og jurister som kan skrive anbudsdokumenter, som nå etter hvert blir viktigere og viktigere i evaluering og vurdering av det som foregår i det offentlige. Jevnfør debatten om ny kontrakt for *oppdragsforskning* som etter min mening ble litt avsporet. Noe av det problematiske ved anbudsforskning hvis vi skal gå inn på det, er at det er ikke det at resultatene – eller *oppdragsforskning*, det er ikke det at *resultatene* blir misbrukt, men at selve *anbudsdokumentene* i så stor grad er førende for den forskning som skal drives og de metoder men skal bruke.

Men det er et problem med et institutt som oss, for vi har relativt lite styringsmulighet. For en del år siden så ble det klart – og det er minst like klart i dag – at eldreomsorg vil bli et viktig tema. Vi diskuterte det litt på instituttet, vi har hatt noen møter på det. Men vi hadde ikke mulighet for å sette noen på det og si at «Du tar den jobben og skriver og lager et program om eldreomsorg!» Oppdrags- og instituttsektoren er organisert på en annen måte og har større anledning til å bestemme hva man skal forske på og hva man ikke skal forske på. Bevisstheten om at det er en forskjell på instituttsektoren og oss, tror jeg er viktig, men har også begrensninger. Jeg syns jo eksemplet på et tema som vi kunne ha tatt initiativ til, er en bred belysning av *medikaliseringsproblemet*. Det ville vært noe som vi kunne ta initiativ til. Men altså, har vi styringsfart til å si at det tar vi som institutt og går inn på?

Jeg har i noen sammenhenger provosert ikke minst allmennmedisinske miljøer og kommet med en påstand som jeg vil gjenta her. Jeg vil gjerne invitere til motforestillinger, for de finnes i aller høyeste grad. Jeg sa det første gang for noen år siden, og nok med større rett den gang, at hvis alle allmennmedisinske forskningsresultater forsvant – ikke hadde vært der, hadde da den sosiale praksis som formann Mao snakker om, hadde den vært annerledes? Jeg tror det er lurt å stille seg det spørsmålet noen ganger. Bidrar vi til å endre den sosiale praksis direkte gjennom vår forskning?

Jeg har da påstått at det ikke hadde spilt noen særlig rolle. Men dermed ikke sagt at forskning og akademiet ikke har spilt en stor rolle. For innen allmennmedisin har akademiet bidratt til å kvalifisere en mengde mennesker som har vært veldig aktive i fagutviklingen.

Utviklingen av faget allmennmedisin, akademisk allmennmedisin, har vært *synlig*. Praksisfeltet har vært synlig for akademisk *allmennmedisin*. Mange har vært inne på allerede nå den store og utfordrende og vanskelig oppgaven – eller *utfordringen* – at der er forholdene ganske annerledes i *samfunnsmedisin*. Akademisk samfunnsmedisin har ikke vært synlig for de praktiserende, utøvende samfunnsmedisinere, og de har heller ikke blitt så veldig *sett* fra akademiet. Det er klart at da blir spørsmålet om hvorvidt forskningen har noen innflytelse, litt vanskeligere å besvare. Og litt mer trøblete hvis man ikke kan påvise at man har en effekt på den sosiale praksis ad andre veier.

Det som har skjedd i denne perioden, 1990 til 2010, er en dramatisk økende forskningsaktivitet, vurdert etter tellekanter. Jeg har ikke samlet tall, men antall doktorgrader har økt fra et fåtall per år til rundt – ja, det siste tallet, Gerd? – (*Gerd?*: fra 15 til 20 har det vært) fra 15 til 20. Det har skjedd veldig mye, og det er veldig positivt.

Organisering er en del av dette. Og vi har vært inne på det. Samfunnsmedisin er altså én av tre pilarer i hvert fall i praksis, men særlig i akademisk medisin. Og IASAM ble etablert – vi har vært inne på begrensninger – men i både nasjonal og internasjonal sammenheng så har tverrfagligheten vært ganske stor, sammenlignet med andre institusjoner. Og jeg har mye erfaring fra gruppe for trygdemedisin som har hatt ulike navn, og der har vi faktisk hatt besøkende fra andre forskningsinstitusjoner som ganske tidlig har påpekt at her er det jommen et spennende miljø med veldig mange perspektiver, mye bredere perspektiver enn det de har opplevd fra sine respektive forskningsinstitusjoner. Vi skal ikke være blinde for det. Jeg kommer tilbake til dette med at vi ikke har fått til de tverrfaglige prosjektene. Det er én ting, men at tverrfagligheten har preget vår måte å diskutere på føler, jeg meg overbevist om.

Vi lovet i den forrige NFR-evalueringen og skrev mye om det komparative fortrinnet vi hadde, og vi fikk litt åtgaum for det også i evalueringen. Men i de konkrete prosjektene ser vi dessverre lite til det. Og Anne-Lise var jo inne på det: Det virkelig store tverrfaglige prosjektet med historie, antropologi, klinikk og epidemiologi i trygdemedisin krasjlandet. Vi tolker det sånn som Anne-Lise, at verden var ikke moden til å ta i mot dette geniale prosjektet. Som også ble kritisert for at det ikke var *nok* tverrfaglig, det var bare tverrfaglig *innad på huset*. Vi kunne dokumentere at vi hadde tverrfagligheten på huset, men vi skulle altså ha samarbeidet tverrfaglig *utenfor huset*. Så det ble brukt mot oss!

Matrisemodellen *har* vi altså. Vi valgte faggrupper, og jeg har alltid påpekt at noe av det har vært arkitektonisk bestemt med huset. Det matsjet ganske godt med disse små møterommene, men tverrforskningen – forskningen på tvers av enhetene – har det blitt lite av. Og så er det da noen som er sånn som Anne-Lise som går på mandagsmøtene og bidrar der. Men vi unnskyl-der oss og sier, eller bare forteller, at vi har ikke vært flinke nok til å få i gang prosjektene, men vi har allikevel en viss tverrfaglighet i våre diskusjoner.

Det er en ting som har bekymret meg, og som jeg har nevnt mange ganger. Kanskje vi skal ta det til oss her rundt bordet også, med hederlig unntak av Gunnar Bjune som bevisst kommer med sterke utsagn og markerer uenighet: Det har vært – og er – vel for *smilt* på instituttet. Altså med den bredden, den faglige bredden, og med så ulik kompetanse burde man ha noen mer spenstige faglige diskusjoner. Vi er så snille med hverandre, vi kommer kanskje med et forsiktig motinnlegg på et mandagsmøte eller ellers. Så går vedkommende i forsvar, og så stopper man der. Jeg pleier å si til utenlandske opponenter ved doktorgrader at: «Ikke behandle kandidaten som et råttent egg! Får du et dårlig svar, så må du i hvert fall én runde til

med svaret og si at dette er jeg ikke helt enig i.» Vi er litt for snille, og det går utover kvaliteten på vårt faglige miljø! Hvorfor det er blitt sånn, vet jeg ikke. Det var et medisinerkull som kalte allmennmedisin for *potemedisin*. Det var den myke poten som klappet folk på ryggen og sa, det går nok bra og jeg skal hjelpe deg – (latter) – Det har vært litt «potete», at vi klapper hverandre på skulderen, og hvis det *aner oss* at mottakeren syns at vi var litt kritiske, så trekker vi oss tilbake og sier at det var ikke sånn ment, det var egentlig snilt ment.

OK! Jeg hadde ikke tenkt å si så veldig mye mer, jeg. Men en liten refleksjon om det som veldig mange har vært inne på, og den situasjonen vi er i i dag: Allmennmedisin er på vei opp. Det hadde skjedd uansett nyorganisering. Samfunnsmedisin sliter, og jeg føler vel at samfunnsmedisin som altså før var i navnet og i IASAM, nå er det en del av en avdeling. Så jeg er nok redd for at rent organisatorisk blir samfunnsmedisinen enda utydeligere og enda vanskeligere å se fra utsiden. Og hvilken kontakt vi har, og hvilken evne og villighet vi har til å se samfunnsmedisinen utenfor oss, det er jeg litt usikker på. Så samfunnsmedisinen har en kjempeutfordring. Etter min mening er den utfordringen blitt større etter at vi har fått den omorganiseringen som vi nå har implementert!

*Øivind Larsen:* Ja, takk! Da må vi slippe diskusjonen løs med en gang, og det er Norseth først.

*Tor Norseth:* Jeg vil ta sterk avstand fra at vitenskap og forskning skal ha målbare resultater – at forskningen og vitenskapen skal *vurderes etter* om den har målbare resultater eller ikke. Vitenskapen har to perspektiver. Det ene er det *instrumentelle*, altså resultatene, og det andre er det *kulturelle*. Jeg mener, vi må ha et universitet som lærer mennesker til å stille spørsmål, til å argumentere, til å diskutere, til å være skeptikere. Jeg mener det er grunnlager for vårt demokrati – *helt avgjørende*. En av de tingene jeg savner innen mitt fagområde, innen arbeidsmedisin, innen miljørettet helsevern, om man vil kalle det det, det er nettopp fagfolk som har trening i å være skeptiske, i å stille spørsmål, i å argumentere ut fra det jeg vil kalle naturvitenskapelige, saklige forhold. Og samfunnsmedisinen skal nettopp lære opp leger til å se sin medisinske rolle i en – som det står i innledningen fra instituttet – «sosial, økonomisk og kulturell sammenheng».

Etter pensjonsalder var jeg tre år leder for en etisk komité. Jeg var forferdet over å lese de beskrivelsene som mange av prosjektene som vi skulle se på, hadde. Man søker om godkjenning for å *viser at* – ikke sant? *For å vise at* det politiske aksepterte i samfunnet kunne *bevises vitenskapelig*. Om og

om igjen! Dette var sånne prosjekter som ikke går ut fra vitenskapelig problemstillinger, men som nettopp går ut fra departementer og direktorater og andre institusjoner som skal ha *vist* at det de gjør er riktig.

Det var en liten kommentar til: «skal instituttet være et evalueringsinstitutt?» Svaret på det må være *nei*, med et skrik, altså! (humring)

*Øivind Larsen:* Da er det Gerd.

*Gerd Holmboe-Ottesen:* Tusen takk, Dag for en fin innledning! Jeg må si at etter å ha vært på instituttet i snart tyve år, er jeg fortsatt veldig usikker når vi snakker om samfunnsmedisinen, hva er det *egentlig* vi snakker om da? En ting er den samfunnsmedisinen som er rettet mot den medisinske profesjonen, det andre er det som vi bedriver på instituttet og som vi kaller samfunnsmedisin og er forskning rundt samfunnsmedisinske spørsmål, eller *samfunnshelse*, kanskje man heller skulle kalle det. Jeg vet ikke. Men her føler jeg at på mange måter er vi høyst oppegående.

Altså hvordan har det seg at vi kanskje ikke har fått til tverrfaglighet? Men da vi jeg spørre: Altså tverrfaglighet, er det tverrfagligheten *innom* huset som er problemet, eller er det tverrfagligheten *utenom* huset? Det er faktisk også et spørsmål som er viktig, fordi jeg ser at i praksis så er det veldig mange av oss seniorforskere som har samarbeid med ulike disipliner ved ulike institutter utenfor huset. Og vi må spørre oss – hvorfor skal vi på død og liv samarbeide *innenfor huset*? Jeg stiller spørsmålet litt retorisk, ikke fordi jeg mener at vi ikke skal ha det, men altså, på en måte føler jeg at vi er høyst oppegående på mange måter. Og hvor stort er egentlig dette problemet?

Vi har nemlig et problem ved instituttet, og det er at vi forvalter ulike fagområder eller underdisipliner, kall det hva dere vil. For eksempel for meg som har samfunnsnærings som fag, er jeg nødt til å gå utom huset for å forvalte det faget som er samfunnsnærings. Og det gjelder en del av de andre også. Vi må forvalte faget vårt. Vi har altså i tidligere tider hatt seksjoner som har prøvd å forvalte faget, mens vi kanskje hadde oppnådd noe mer tverrfaglig samarbeid hvis vi hadde organisert oss i prosjektgrupper, som mange gjør. Og jeg vet ikke helt hva løsningen er. Men jeg tenker meg i hvert fall at på et institutt eller en avdeling hvor alle gjør det samme, eller på en måte er innenfor samme fagområde, er de stilt overfor helt andre problemer enn vi er som har så mange fagområder som vi skal forvalte. Det syns jeg vi må ta med i betraktning når vi skal vurdere hva vi egentlig har fått til.

*Øivind Larsen:* Ja, hjertelig takk! Da er situasjonen sånn at nå har jeg ni navn på lista mi, og så må Dag Bruusgaard få ordet til slutt til en oppsummering og en avrunding.

*Dag Bruusgaard:* Det var til Tor! Jeg vil akkurat som deg, jeg, se forskningen i praksis gjennom mennesker som handler annerledes, og i allmennmedisin gjør jeg det. I internasjonal helse så ser du altså spor i departementer og til dels i regjeringskontorer av folk som har tatt masterstudiet. I samfunnsmedisin ser jeg veldig lite spor av akademisk samfunnsmedisin ute i praksisen. Der er det dessverre et skort, føler jeg.

*Tor Norseth:* Det er jeg helt enig med deg i. Det er for lite spor, altfor lite spor.

*Øivind Larsen:* Ja, takk skal dere ha! Da har jeg Anne Kveim Lie her, og jeg setter nå strek under hennes innlegg.

*Anne Kveim Lie:* Takk for et fint innlegg, Dag! Ja, og jeg vil si at jeg helhjertert støtter Tor sin påpeking. Jeg vil også si at jeg mener at det er veldig viktig for oss strategisk nå fremover å tenke på hva er det som skiller oss som samfunnsmedisinsk institusjon fra Folkehelsa for eksempel, eller Kunnskapssenteret. Eller hvis vi skal berettige oss som en institusjon på Universitetet, så må vi vite hva det er som skiller oss fra dem.

Men når det er sagt, jeg skjønner og er enig i poenget med praksisfeltet. Jeg tenker at det praksisfeltet handler ikke bare om utøvende samfunnsmedisinere, det handler også om at vi har mistet kontakten med en gruppe som var veldig viktig for samfunnsmedisin tidligere og som forsvant i og med at vi – og det var vel i denne perioden – mistet *klinisk sosialmedisin*. Altså de utsatte gruppene. Og jeg tenker at det kanskje kan være et strategisk mål for oss å prøve å gjenopprette det på en eller annen måte, kanskje mest på forskningsnivå, at der har vi noe å hente, på en helt annen måte, og på en måte som kan forene oss. Men også for å kunne bringe noe tilbake, altså at det kan være an slags form for aksjonsrettet utadvendt forskning.

*Øivind Larsen:* Ja, takk! Da var det Gunnar Tellnes:

*Gunnar Tellnes:* Dag Bruusgaard spurte om vi *har* bidratt til fagutvikling og om vi *skal* bidra til fagutvikling. Min kommentar til det er at tradisjonen når man har bygd opp nye, gode fag, for eksempel allmennmedisin, så har det vært et tett samarbeid mellom forskningsinstitusjonen på Universitetet





Figur 10: Pause på verandaen: Stein A. Evensen, Gunnar Tellnes, Dag Bruusgaard og Even Lærum. (Foto: Turid Jensen)

og den faglige aktiviteten i fagforeningen, Legeforeningen. I dag har jeg inntrykk av at altfor mange graver seg ned i prosjekter og tror at positivismen skaper gode samfunnsutviklinger. Og det er en misforståelse, sånn som jeg har lest blant annet Knut Tranøy sin bok fra 1986 «*Vitenskapen – samfunnsmyndighet og livsform*». En ting er at forskning skal foregå på Universitetet, men vi må også være aktive inn i mot myndigheter eller andre, for eksempel Legeforeningen når det gjelder samfunnsmedisin, hvis forskningen vår skal bli tatt til følge. Det er som Per Sundby har brukt å si: «Du kan lage en doktorgrad, men hvorvidt den når ut i samfunnet – det er *du sjøl* som må markedsføre det du har funnet.» Det var det ene poenget. Så *fagutvikling* er mye mer enn bare å *forske*.

Så er det og et poeng at klinisk medisin er ofte kombinert med akademiske stillinger på Universitetet. Det burde nok sannsynligvis vært mye mer av det i samfunnsmedisinen, for å ivareta forskning som relevant for dem som jobber med samfunnsmedisin. For hvis man bare driver med *årsaksforskning* som epidemiologi, for eksempel, så i utvikler man ikke *faget samfunnsmedisin* som det er meningen at leger skal ivareta.

Da vil jeg i samme åndedrag si at det er viktig å definere *folkehelsearbeid*, *samfunnshelse* og *samfunnsmedisin*. Det er tre forskjellige fenomener og forskjellige typer oppgaver. Vi har i stor grad utviklet tverrfaglig samfunnshelse for vårt institutt. Men det som ligger nærmere *legenes medisinske oppgaver*, det er blitt lite utviklet i de seinere år. Tverrfaglighet er viktig, men vi må ikke la samfunnsmedisinen som legene skal utøve, bortfalle.

*Øivind Larsen:* Ja, takk! Da er det Jørund.

*Jørund Straand:* Jeg har lyst til å følge opp dette ropet om *flerfaglighet* og *tverrfaglighet* og knytte noen kommentarer rundt det som går mer på de strukturelle forholdene som ikke vi har tatt opp nå, syns jeg. Fordi dette med tverrfaglighet er veldig mye *ideologi* også, og ikke alltid like relevant. Da dette instituttet ble «rasket sammen» omkring 1990, var det veldig mange og små fagmiljøer som ble satt sammen. Og rundt årtusenskiftet beskrev Det medisinske fakultet seg selv som et *konkursbo*. Instituttet var et konkursbo. Små miljø ble faktisk redusert ytterligere. Da skjer selvfølgelig det at som akademiker har man behov for å *høre til et fagmiljø*. Man har behov for å ha et miljø hvor man kan utvikle kompetanse og kapasitet. Og det å iverksette og etablere nye fagovergripende forskningsområder, det er ressurskrevende, og det krever kompetanse og kapasitet. Vi har ikke vært der, veldig mange av miljøene på IASAM. Og det tror jeg rett og slett er årsaken til at det er blitt som det er blitt.

I allmennmedisin så har vi i alle fall fra 2001 hatt en systematisk strategi med en dugnad hvor vi har bygget opp kompetanse og kapasitet gjennom å tiltrekke oss eksternt finansierte prosjekter. Det gjør at to av tre stillinger nå er nå eksternt finansierte. Vi har fått egen statistiker, eksternt finansiert. Det er først nå at vi har fått en *kritisk masse* som gjør at vi er i stand til å se litt utover og etablere forskningssamarbeid ut fra styrke og ut fra et ståsted som gir mening. Fordi man må ha en plattform og et armslag og et overskudd for å kunne gå inn i større tverrfaglige satsinger. *Kritisk masse* er altså en viktig faktor. Den har ikke vært til stede i mange av miljøene ved dette instituttet gjennom lang, lang tid. Og fortsatt er det mange miljøer som sliter med det.

*Øivind Larsen:* Takk skal du ha! Da har jeg Morten Lindbæk.

*Morten Lindbæk:* Ja, veldig enig med det Jørund sier. Når vi snakker om *fagutvikling*, – har det vært sagt før, men det kan understrekes – er jeg glad for at Dag nå sier at han mener at vi ser spor av allmennmedisinsk forskning.

Jeg tror det ikke er så veldig vanskelig å dokumentere, innenfor i hvert fall mitt eget område.

Dernest vil jeg trekke fram at klinisk allmennmedisin som fag har blitt bygd opp særdeles mye i løpet av akkurat de tjue åra. Fra å være et slags fragmentert, «delvis sykehusfag» innenfor de enkelte områdene, har nettopp *forskning* bidratt til å kartlegge epidemiologi, prognose, etc. i en allmennmedisinsk setting. Det har resultert i to viktige ting, det ene er læreboka i klinisk allmennmedisin som ble startet av Hunsgård på 90-tallet og som nå har en veldig sterk posisjon i hele Norden. Det andre er Norsk elektronisk legehåndbok, som nå kanskje er det viktigste oppslagsverket for alle medisinstudenter og veldig mange sykehuskolleger. Det også startet i Trondheim med at Terje Johansen, professor i i allmennmedisin, nettopp hadde et fokus med allmennpraksis som utgangspunkt.

En kommentar til slutt: Dette med å ha klinisk forankring tror jeg er en veldig viktig sak. Jeg tror en del av grunnen til at det har gått bra for oss, er at vi har satset bevisst på at en del av oss skal også være i fastlegepraksis. Så det kan godt være at det er et godt poeng for samfunnsmedisinen. Det får de uttale seg om selv.

*Øivind Larsen:* Skal vi se, da har jeg, da var det Per Sundby. (– Litt frem og tilbake men, riktig, neste på listen--)

*Per Fugelli:* Jeg syns Dags innlegg frister til å spørre dere som har styrt oss godt. Jeg tenker på Øivind og Dag og Gerd. Det var noe i det du sa som minner om salmen «Vår egen makt er intet verd». Og ja, takk. Så dette instituttet – eller konglomeratet som kanskje er riktigere – vi har vært snilt og greit administrert. Men jeg tenker litt på det Magne skal svare på klokka sytten i ettermiddag: «Hva har vi lært i dag?»

Kanskje en viktig lærdom fra disse åra er en undring og en litt selvkritisk nysgjerrighet på *styringsveve*. Da tenker jeg på noe mer enn vennlig, elskverdig administrasjon. Nå holder vi akkurat på med å legge ny strategisk plan. Jeg vet ikke, men jeg tror i hvert fall noen av oss ikke er så veldig motivert til å være med enda en gang, fordi vi har opplevd for mange ganger at utviklingen videre skjer etter sangen «Det som skjer, det skjer. Jeg kan ikke si deg mer.»

Det jeg tror vi må leite etter – og jeg kan godt være stor i kjeften, for jeg har meldt meg ut av dette for lenge siden og burde derfor kanskje ikke si noe – men det vi lengter etter og må prøve å finne for framtida, det er *styringsmakt*, *styringskraft*, altså legge noen strategiske mål, og skaffe oss

redskaper som gjør at vi kan styre etter dem. For eksempel, som Dag sier, når *eldremedisinen* dukker opp som et forsømt, aktuelt felt.

Nå for eksempel, ruller det som et ekko gjennom denne dagen at vi har veldig mye å være stolte av på dette konglomeratet i disse tyve åra. Men vi har en stor forsømmelse, synes det å være enighet om. Det er betjeningen av den anvendte samfunnsmedisin. Altså, Gerd, det yrkesfag som legene som er operative i, i samfunnsmedisinen der ute. Vi har 430 kommuneleger – én her. Vi har en haug med leger som arbeider i helsetilsyn og fylkeslegekontorene. Vi har en haug med samfunnsmedisinere i helsedirektoratet og helseforetakene. De har ikke noe «hjem». De har ikke noe *rette vedkommende* når det gjelder forskning og fagutvikling. Dette må vi gjøre noe med. Men da igjen, da må vi ha *styringskraft* og ikke bare *administrasjonsevne*.

*Øivind Larsen:* Takk! Da er det Gunnar Bjune.

*Gunnar Bjune:* Da vil jeg gripe fatt i det ene punktet jeg er uenig i. Fordi du sa på slutten at samfunnsmedisinen står i fare for å bli enda utydeligere etter fusjonen. Og du sa det nesten som en profeti. Jeg er gnistrende uenig. Jeg synes at det at vi i storinstituttet får inn økonomi og administrasjon på et akademisk plan, det er å få en manglende vegg inn i huset vårt. Det har ikke med *nytteverdi* å gjøre, som Tor har understreka tydelig, men med et annet ord som vi skal skille klart fra nytteverdi, og det er *relevans*. Relevans er noe vi skal jobbe for. Og da må jeg også svippe innom Jørund, for han snakka om *kritisk masse*. At vi har ikke gjennomslag fordi vårt eget lille faghjørne ikke er nok utvikla. Jeg tror at kritisk masse brukes på en veldig feil måte. Vi legger all vekt på *masse* og veldig lite på *kritikk*.

*Øivind Larsen:* Anne-Lise Middelthon:

*Anne-Lise Middelthon:* Jeg er enig med Jørund i at det har vært en del ytre ting som har vært der. Men jeg er ikke enig med Per i den diagnosen at vi trenger en sterk mann. Jeg tror at noe av problemet med at vi ikke har fått til disse strategiske planene, har vært at det ikke har vært noe eierskap i organisasjonen på forhånd. At det har vært mer rituelle øvelser, og det er i seg selv en demoraliserende affære.

Så tror jeg at noe av det andre problemet er at vi ikke strategisk og systematisk har jobbet for å ivareta de *komplementære dimensjonene*. Altså den frie forskningen i den forstand at du har etter universitetsloven. At du kan *definere* hva du skal forske på. Og de fleste *vil* ikke gjøre det helt ut på

jordet. Men at man også har en plan hvor man setter seg ned og sier at nå vil man prioritere som *institusjon*. At det er rom for begge delene.

Da vi skulle lage den nye målsettingen til strategisk plan på seksjonen vår nå, så sa jeg at vi må i det minste ha et mål om at om fem år så skal vi ha gjennomført en forskning som vi ikke kan komme på i dag. Ikke sant, vi må få til den balansen. Vi snakker jo også om infrastruktur. Man må vite at det på en måte er begge delene. At det både er å sette seg noen mål som vi drar sammen til, og å åpne for de sære interessene, de spesielle, rare idéene.

Og så er jeg selvsagt enig med Tor. Jeg tror ikke at dette står i motsetning til å bidra til praksis når det gjelder samfunnsmedisin. Tvert i mot! Jeg tror ikke du mener det heller, Per. Jeg bare tror du fikk det for deg at du skulle hyle på en sterk mann akkurat nå! Jeg tror at ute i samfunnsmedisinen, hvis det er noe de har bruk for, så er det *både* en blanding av at du *gjør noe strategisk* og at du prøver å *gripe samfunnet* som det er i dag og se og artikulere og formulere – utforske for folk noen av de tingene som de ikke har systematisk mulighet for å gå til i hverdagen. Og da vil det bli vanskelig å definere dette veldig stramt tematisk på forhånd.

*Øivind Larsen:* Takk for det innlegget! Nå er det slik at vi skal være ferdig ca. klokken tolv med denne bolken. Og da har jeg nå tre innlegg før Dag Bruusgaard får ordet til å runde av. Da er det Per Hjortdahl først.

*Per Hjortdahl:* Bare en kommentar. Det blir litt springende. Men tilbake til Tor Norseths kommentar om de ulike dimensjonene og hva som skal være instituttets oppdrag. Det foregår en rimelig stor diskusjon utenfor vårt miljø om Det medisinske fakultet bør være med i universitetet eller prøve å knytte seg opp mot akademiske medisinske sentra, altså *frigjøre utdanningen vår fra akademiet*. Dette er alvorlig, seriøs diskusjon som vi også kanskje må komme til å forholde oss til.

*Øivind Larsen:* Ja, takk for det viktige momentet! Magne, da er det deg.

*Magne Nylenna:* Mange har fremholdt utviklingen av klinisk allmennmedisin og fagutviklingen der i løpet av disse tyve årene og helt sikkert med rette. Morten Lindbæk nevnte særlig to konkrete resultat: Læreboken i klinisk allmennmedisin og Norsk elektronisk legehåndbok.

Etttersom jeg på vegne av det offentlige har blitt nødt til å forholde meg til det siste av disse produktene i særlig grad, og for så vidt av den grunn med eller uten rett er blitt kritisert fra alle hold, så er det fristende å spørre

instituttet og fagmiljøet tilbake hvilken holding har man hatt til det strukturelle, så å si til *eiendomsbesittelse* av fagkunnskapen. Eller mer direkte spurt: Hvordan har institutt og forskningsmiljø kunnet tillate at et privat, familieeid, helkommersielt firma har monopolisert både innholdet i faget og prisen på faginformasjon?

*Øivind Larsen:* Jeg foreslår at vi følger saklisten. (- latter -) Da er det Arild Bjørndal.

*Arild Bjørndal:* Jeg vil gjerne følge opp Per Fugelli. Jeg er veldig interessert i begrepet *fagutvikling*. For meg er det helt uklart om det er, skal være, eller noen gang kan komme til å bli en oppgave på dette instituttet. Særlig når det gjelder anvendt samfunnsmedisin. Og det går egentlig til kjernen av hva denne dagen skal handle om, fordi foreløpig hører jeg ikke så mye *erindringer*, men veldig mye  *vurderinger*. Og det er kanskje viktig. Det er forståelig, fordi vi er alle kanskje mer opptatt av framtida enn av fortida. Men sånn som jeg ser det – i de andre organisasjonene som jeg stort sett har min hovedarbeidserfaring fra, er det slik at også der er det myriader av muligheter. Akkurat som det var rundt 1990 da instituttet ble lagd; mange, mange muligheter, mange fagperspektiver, mange muligheter når det gjelder å orientere et institutt ut mot praksis, inn mot akademiet, hundre forskjellige forståelser av begrepet samfunnsmedisin, mange flere fagperspektiver enn fagpersoner, fordi folk, stort sett sterke fagpersoner, var interessert i flere ting. Da er det vanskelig å se det på noen annen måte enn at det blir som det blir. Dels på grunn av noen sterke personer. Dels på grunn av tilfeldigheter, kanskje for eksempel hvor er det penger å hente osv. osv.

Alternativet til det er at noen står fram i en struktur, i en organisasjon som *vil* prioritering og som *vil* la seg lede, og hvor noen står fram med en *visjon* eller et *fagperspektiv* eller en *linje* eller en *akse*. Eller ett eller annet som på en måte bringer konvergens og tydelighet til et miljø. Så har etter min mening ikke skjedd her, av mange gode grunner.

For eksempel den at Universitetet kanskje har helt andre tradisjoner. Og vi har helt forskjellig syn på hva Universitetets oppgave i samfunnet burde være. Noen vil legge vekt på grunnforskning og akademisk frihet. En helt annen vei å gå er å si at Universitetets oppgave er å gi kompetanse og kvalitet og grunnlag til *fagutviklingen*.

Så når vi i lys av det, både skal erindre og forstå dette instituttet, er det vanskelig for meg å ikke skjønne at Per har helt rett når historien må være at «det som skjer, det skjer →» av mange forskjellige gode grunner. Og det





Figur 11: Gunnar Bjune og Anne-Lise Middelthon. (Foto: Turid Jensen)

sker også fordi det så vidt jeg skjønner har vært et *ønsket fravær* av ledelse, prioritering, konvergens og tydelighet.

*Øivind Larsen:* Ja, Dag. Nå har du fått mange kommentarer som du må summere opp – og forsvare deg mot det du ikke er enig i! Vær så god!

*Dag Bruusgaard:* Jeg hadde tenkt å si noe om tverrfaglighet, noe om det å prioritere og kanskje noe om samfunnsmedisin. Cecilie Høigård og Gro Guttormsen, kriminolog og psykiater, skrev en rapport som het «Fattigdom i en velstandskommune». Det var altså Bærum kommune: De skrev i forordet: «Vi har opplevd få av tverrfaglighetens fordeler og mange av dens ulemper.» Det er ikke enkelt dette her. Ottar Brox har sagt noe av det samme – jeg har prøvd å få referanse, jeg ringte ham og kom med et sitat som jeg mente jeg hadde hørt. Og så sa han at det tror jeg aldri jeg har skrevet, men det høres ut som jeg kunne ha sagt det.



Det går på at tverrfaglighets forutsigbarhet er liten. Hva som kommer ut av det er usikkert, og en skal i hvert fall aldri lure unge stipendiater til å ta ansvaret for tverrfaglige prosjekter. Det er altfor komplisert. Det tok jo vi i vårt prosjekt for så vidt høyde for, og hadde godt erfarne mennesker pluss en ungsau som var med, Anne var også med, men ellers var det godt voksne som, som tok det.

Så vi må ikke idyllisere denne tverrfagligheten for mye heller, den er faktisk ikke helt ukomplisert. Tverrfagligheten kan komme inn på mange nivåer. Den kan blant annet komme inn ved bruk og tolkning av resultater som ikke nødvendigvis er fremkommet tverrfaglig.

Så dette er etter min mening det helt avgjørende spørsmålet. Der er vel akademiet og dagens styrende styre på universitetet ganske tvisynt. På den ene siden sier man, man må skaffe eksterne midler – underforstått, du må tute med de ulver som er ute, det må du godta -. På den annen side er det altså den akademiske frihet som Arild var inne på, lange tradisjoner for at folk får lov til å gå sine egne veier. Forskningsrådet ber om større programmer. Så det er ønske om *styring*, og spørsmålet er om vi har en *struktur*.

Jeg er altså meget skeptisk til å etablere en eller annen sånn evalueringsvirksomhet – det tror jeg skal gjøres i andre institusjoner i samfunnet. Jeg syns det er problematisk.

Rent konkret, dette med *eldreomsorgen*, der følte jeg at det er for gærent at alle er enige om at her burde vi gjøre noe, og så får vi ikke noe ut av det. Og det må jeg ta på meg mye av skylda for. Men vi bør kunne ta temperaturen på samfunnet rundt oss.

Som jeg også nevnte, eksemplet *medikalisering*. Det er å hanke ned noe som ligger i tiden, men som også interesserer oss. Det er ikke bare for det at det er penger i det, men hvis vi har idéene, at vi går litt på akkord med oss selv, kanskje, for å tilpasse dette ønsket fra omgivelsene.

Vi har jo ikke vært helt tafatte. Jeg vil nevne som et eksempel – og der var faktisk jeg som instituttleder også ganske aktivt med i mange sammenhenger – at det var et årelangt arbeid for å etablere ny finansiering av allmennmedisinsk forskning. Det var atskillige møter og godt planlagte møter, strategisk fra møte til møte, i godt samarbeid med fagforeninger og grupperinger, og så lyktes vi. Og der var vårt institutt og jeg som leder ganske aktive i prosessen. Så vi har da jobbet litt målrettet også. Men *styringsfarten* er for dårlig. Og at en bør tenke slik. Jeg har oppfattet av det lille jeg har hørt av vår nye leder, at hun heller mer i retning av å skulle kunne ta fatt i den type problemer.

Jeg etterlyste jo sterke motforestillinger, Gunnar, og så unnskyldte du deg med at du begynte med det. Men altså om samfunnsmedisin, nå snak-

ket jeg om synligheten og sporene, og da er jeg uenig med deg. Jeg tror synligheten bli mindre. Denne nye strukturen, det er ikke noe der som borger for at det bli lettere å se spor etter akademisk samfunnsmedisin. Jeg er redd for, som du sier, ja som en profeti, at det blir det motsatte. Det er samtidig en utfordring.

*Øivind Larsen:* Ja, takk for din innledning i dag, og takk til alle som har deltatt i debatten her. Vi har tatt opp en rekke interessante spørsmål. Det er nok mange av dem som kunne fordre diskusjon videre. Kanskje får vi anledning til dette senere i programmet.

Men nå har vi en programpost igjen før lunsj hvor det sikkert vil bli diskusjon. Det handler om *administrasjon*. Noen av oss har erfaring med administrasjon, her er i hvert fall tre av oss som tidligere bestyrere. Det å være instituttbestyrer på et institutt av denne typen, det er i et hvert fall etter min oppfatning å ha *ansvar uten myndighet*. Og det gjør det vanskelig! Vi har en måte å administrere på – vi har i hvert fall hatt det – hvor jeg har lært veldig mye av at jeg har hatt riesenschnauzer. For det er slik med en riesenschnauzer, at du kan ikke si: «Gjør det!» til en riesenschnauzer. Man må fremstille saken for riesenschnauzeren slik at han tror han har funnet det på selv. Og det er i grunnen en måte som ofte må brukes hvis man skal styre et institutt av vår type (- latter -).

Men når det gjelder administrasjonen, så er det slik at i hvert fall i «mine» år i denne perioden, så har jeg uansett hva jeg har gjort, tenkt på: Hva vil Irene si nå? Irene, du har fått i oppdrag å forberede en innledning om administrasjonens utvikling i denne perioden, og hvordan den har påvirket fagmiljøene? Vær så god!

### **Administrasjonens utvikling 1990-2010 – hvordan har den påvirket fagmiljøene?**

*Irene Auke:* Tusen takk! Jeg ble ansatt ved fakultetadministrasjonen fra første januar 1993 som økonom og i IASAM fra 7.4.1995. Jeg har derfor fått erfaring med hvordan institusjonen har utviklet seg i denne tiden.

Hva har skjedd i disse årene?

I 1989 fantes det 106 fagmiljøer rundt i Oslo som tilhørte Det medisinske fakultet. Ved sekretariatet var det bare ansatt to personer, fakultetsdirektøren og en sekretær.

Ved å samle alle disse enhetene i 1990 til seks instituttgrupper, trengte man å bygge opp en felles sentraladministrasjon ved hver instituttgruppe. I 1990 trengte man hjemler fra departementet for å ansette noen. Det medisinske fakultet hadde alle sine sekretærer ute hos fagmiljøene. Man

trengte å bygge opp en ny administrasjon i 1990 både ved sekretariatet og ved hver instituttgruppes sekretariat. På denne tiden ble mer og mer oppgaver delegert fra sentraladministrasjonen av arbeidsoppgaver og ned på den enkelte administrasjon ved instituttgruppene.

I 1990 var Bjørn Hol ansatt som kontorsjef ved IASAM hvor han hadde et halvt årsverk innen økonomi, ett årsverk innen personal/arkiv og ett årsverk innen IT, som var sentraladministrasjonen innen instituttgruppen. I tillegg kom alle årsverkene som var i fagmiljøet.

I 1993 fikk Det medisinske fakultet den syvende instituttgruppe fra kollegiet, og det var sykepleievitenskap.

I 2004 ble syv instituttgrupper gjort om til ti institutter og fra syv kontorsjefer til fire som skulle ha ansvaret for alle de ti instituttene. I tillegg var De regionale etiske komiteer bygd ut, og det lå under det administrative apparatet ved instituttet.

I 1996 fikk instituttet lagt Senter for medisinsk etikk under seg fra kollegiet. Helseadministrasjon lå under instituttet, men ville være en egen enhet i 2004. Den administrative støttefunksjonen skulle da gis fra Rikshospitalet i stedet fra instituttet.

I 2007 ble personal og økonomi lagt under Det medisinske fakultets sekretariat, hvor det besto av 70 personer. Ved omorganiseringen i 2010, da det bare ble tre institutter, ble personal- og økonomi medarbeiderne flyttet tilbake under instituttene.

Hvordan har dette påvirket fagmiljøene, disse omorganiseringene?

Den administrative funksjon skal være en støttefunksjon for de vitenskapelige for at de skal slippe å gjøre mange administrative oppgaver, ved å la de som er eksperter på området gjøre dem.

Det administrative apparatet har utviklet seg fra å være sekretær for den enkelte vitenskapelige – brukt som en «potet» hvor man kunne svare på alle spørsmål – til å bli profesjonelle innen sin funksjon som da er personal, økonomi, arkiv, IT eller forskningsstøtte. Utviklingen på disse områdene er blitt så kompleks at det tar lang tid å læres opp i de nye styringssystemene.

De vitenskapelige hadde et tett forhold til det administrative personell og de kunne bruke det administrative personell fritt som man ville. Denne friheten ble stoppet da ressursene ble omorganisert fra fagmiljøene til sentral administrasjon. Det betydde at den enkelte vitenskapelige måtte lære å stå på egne bein og ordne opp i ting som tidligere ble gjort av sekretærene, f.eks kopiere eller skrive selv.

Betydningen for fagmiljøet er at de vitenskapelige ansatte må bruke mer ressurser selv på ting som administrasjonen kunne hjelpe til med før, og må

svare på mange flere henvendelser fra den enkelte innen administrasjonen, da oppgavene er spesialisert mer enn det var før. I 1998 var det 24 årsverk innen administrasjon på basis, mens i 2009 var det redusert til ca. åtte årsverk. I tillegg kom årsverkene innen personal og økonomi, da disse personene var plassert direkte under Det medisinske fakultets sekretariat. Disse årsverkene ble overført tilbake under det nye instuttet Helse og samfunn fra 2010.

Totalt hadde IASAM i 1993 44 årsverk, hvorav 27,63 på basis og 16,37 på eksternt, mens i 2009 var det økt til 93 årsverk hvorav 56,2 på basis og 36,8 på eksternt.

I 1998 hadde IASAM 15 faglige områder som var delt inn i 13 forskjellige seksjoner, mens i 2010 var det delt inn i 5 forskjellige seksjoner.

De styringssystemene man må lære er nå er følgende:

HR-portalen

Ehporte (arkiv)

Faktura (baseware)

Innkjøpsmodulen (baseware)

OAPROD (regnskapssystemet)

SAP – lønssystemet

KUBEN (regnskapsverktøy)

BUDDY (budsjettverktøy)

Totalbudsjettering (sette inn timene inn som den enkelte vitenskapelige gjør i et eksternt prosjekt)

Cristin (publikasjonsregister for de vitenskapelige)

FS-systemet (studentsystemet)

Disse systemene har medført en mer kompleks verden, og det har blitt vanskeligere for den enkle vitenskapelige å følge med f. eks. hvor mye penger har man igjen på sitt eksterne prosjekt.

Disse systemene er laget mer for å tilfredsstillende departementet og Riksrevisjonen enn for at den enkelte fagmiljø skal få optimale løsninger for sine spørsmål, da disse systemene ikke kommuniserer med hverandre. Det medfører mer arbeid for det administrative apparat som må gjøre mye manuelle føringer. Dette krever ressurser som kan gå på bekostning av de vitenskapelige ressursene.

Det kan være motsetningsforholdet mellom ønsket om størst mulig fleksibilitet og det stadig økende kravet til formalisering, kontroll og etterprøvnbarhet. For fagutviklingen er noe av friheten blitt redusert på det organisatoriske planet.



*Figur 12: Dag Bruusgaard, Christian Borchgrevink, Per Hjortdahl, Bjørgulf Claussen, Per Sundby, Jørund Straand og Gunnar Tellnes. (Foto: Turid Jensen)*

Styringssystemenes betydning kan forstås som en ramme som aktiviteten må tilpasses til. Den rammen oppleves nok å ha blitt trangere/tydeligere i årene som har gått, og det skaper en del utfordringer for fagene. På den andre siden så bidrar en tydeligere ramme til at faren for at aktiviteten «flyter ut» blir mindre. Faren for at et prosjekt ender med et stort underskudd er redusert.

Dessverre er det vel sånn at styringssystemene vi har i dag ikke nødvendigvis leverer på et godt nok nivå, men det får vi tro skal bli bedre.

Har omorganiseringen vært vellykket for fagmiljøene?

Hvis vi ser på noen historiske tall for å sammenligne hvordan det var og hvordan det var i 2010, så får jeg følgende tall innen noen felter:

Antall studenter innen medisin ved IASAM har økt fra ca 50 studenter pr. semester i 1993 til ca. 105 studenter i 2010.

Tar vi regnskapstallsutgifter pr år får vi følgende:

I 1993 hadde IASAM totalt 18,1 mill kr hvorav basis var på 9,5 mill kr og eksternt 8,6 mill kr.

Etter at vi slo oss sammen med andre instuttes i 2010, hvor mange av utgiftene ble regnskapsført et annet sted enn ved IASAM sitt regnskapssted, så tar jeg regnskapsutgiftene i 2009 for å sammenligne med 1993 tallene. I 2009 hadde IASAM totalt 87,4 mill kr., hvorav basis var på 45,9 mill kr. og eksternt 41,5 mill kr. Fra 2003 til 2009 var det en økning totalt på ca 70 mill kr i utgifter.

Det har vært en økning fra 1995 med seks disputaser til 23 disputaser i 2009 som var det høyeste tallet IASAM har hatt noen gang og kommer til å få. IASAM hadde inngått 96 løpende avtaler med doktorgradsstudenter.

Resultatene viser en så stor økning over alle felt at man kan si at det har vært en suksess med denne utviklingen. Konklusjonen må da bli at fagmiljøene har fått et profesjonelt administrativt apparat å forholde seg til, slik at de vitenskapelige kan bruke sin tid innen sitt fagmiljø.

Det har vært seks forskjellige kontorsjefer fra 1990 til 2010 som har ledet sin administrasjon. Dette har også påvirket fagmiljøene på forskjellige måter. Det har vært et spennende arbeidsmiljø å jobbe i, og jeg mener å si at vi kan være stolte av hva vi har klart å få til sammen på disse årene, både fra administrasjon og fagmiljøene. Takk! – (applaus) –

*Øivind Larsen:* Takk for din veldig fine gjennomgåelse av dette! Stein Evensen ba allerede på et tidlig tidspunkt om ordet mens du snakket. Vær så god!

*Stein Evensen:* Ja, dette var jo veldig interessante tall. Jeg må bare si at for en som kommer utenfra, er det bare å gratulere med den bratte utviklingen som jeg opplever at instituttet har hatt. Nå skal jo jeg kanskje få mitt hode lagt på blokken litt senere i programmet, så jeg kan bare forberede det litt nå med dette innlegget og kanskje si noe som ikke egentlig passer her.

Det mest interessante ved *overskriften* som Irene nå har belyst på en aldeles utmerket måte, er at man har valgt å kalle denne delen av programmet for *administrasjon og funksjon, styringssystemenes betydning for fagutvikling*. Jeg har undret meg over at man prioriterer å la dette være et *hovedtema* – med *administrasjonen og bestyringen* framfor *ledelse*. Og jeg merket meg hva Arild sa litt tidligere her, at kanskje har det vært et *ønsket fravær* av ledelse og prioritering når det gjelder noen sentrale trekk ved instituttet.

Som dekan fra 1998 til 2006 var jeg veldig lite opptatt av å være *bestyrer* av Det medisinske fakultet. Jeg ønsket å være *leder* av Det medisinske fakultet. Da jeg kom inn i den jobben, var instituttet et av de stedene hvor det var mest tydelig for alle at «dressen var altfor liten til kroppen.» Mangelen på vilje til å prioritere – uttrykke klart og tydelig hva man *ville mest* når ikke det var plass til alt – det slo meg mer enn noe. Jeg var veldig engasjert i

instituttet fordi det har så sentral plass i fakultetet. Og kanskje er jeg også påvirket av det enkle faktum at jeg er gift med Åsa<sup>11</sup> – det har betydd veldig mye for min orientering og vektlegging av allmennmedisinen og alt hva den sto for.

Den *fiærende motstanden mot ledelse og prioritering*, den var mer uttalt ved IASAM enn ved noen av de andre enhetene jeg skulle lede da jeg kom til fakultetet. Og det førte da også til en rekke veldig interessante ting, i tillegg til at instituttet vel på det tidspunktet var bankerott. Det har åpenbart forandret seg senere.

*Øivind Larsen:* Jeg satte meg selv opp først på talerlisten for et lite tilleggs-spørsmål til Irene: Du nevnte ikke så veldig mye om utviklingen av prose-dyrene for ekstern finansiering. For vi husker jo for eksempel da vi begynte, kunne det vrimle av mennesker i Frederik Holsts hus hvor det nærmest var uklart hvorfra de fikk sin lønn. Fordi den kom utenifra. Og dette ble jo gradvis strammet inn. Kan du kommentere det, for det kan hende at det er noe som folk gjerne vil ta opp i diskusjonen.

*Irene Auke:* Jeg har sett på antall prosjekter hvordan det har vært. Og det har vært veldig stabilt. Før så sa man «La dem blomstre» – alle prosjekter, kom til meg alle sammen! Vi er på det samme nivået – men nå er det så mange forskjellige systemer som man må igjennom for i det hele tatt å få det godkjent. Så det er på en måte mye vanskeligere å få til et prosjekt enn det var. Og samtidig har jo også konkurransen blitt mye hardere rundt omkring. Hvis det var det du mente?

*Øivind Larsen:* Jo, det var det jeg mente. Takk skal du ha. Nå er det slik at nå har vi åtte innlegg på tolv minutter. Så når jeg da gir ordet til den første, som er deg, Dag, da setter jeg strek, altså under ditt innlegg.

*Dag Bruusgaard:* Ja, å være *bestyrer*, det likte ikke jeg heller. Så jeg fikk det nye navnet *leder*. Så lanserte jeg med litt forsiktighet, for å gå enda et skritt videre, at burde vi ikke hete som i Sverige, *prefekt*, det syns jeg. Altså nærheten til *prefekt* er jo der. Men det er nå *leder* det ble etter hvert, da.

*Øivind Larsen:* Takk for det, da er det Per Hjortdahl. Det var en bevegelse her som jeg tolket som -. Da går vi videre, da er det Gerd:

---

11 Åsa Rytter Evensen, allmennmedisiner og tidligere førsteamanuensis ved IASAM.



*Gerd Holmboe-Ottesen:* Ja, tusen takk, Irene, for en bra gjennomgang! Jeg kan jo ikke la være annet enn å komme med noen små sukk over utviklingen som jeg oppfatter som en voldsom byråkratisering. Du har sagt det på din måte. Det er sikkert bra for mange ting at vi blir mer profesjonelle, og at administrasjonen blir mer profesjonell, men samtidig har vi jo også mistet en del som jeg synes kjennetegnet den administrasjonen vi *hadde*. Og det er dette med *fleksibilitet, nærhet til forskerne*, og så er det et slags – hva skal jeg si – *tidsaspekt*. Nå stiller man seg i kø, man sender spørsmål som man kanskje får svar på, men kanskje ikke. Altså det jeg nå ser for meg, er at vi får en *administrativ verden* og en *faglig verden* som ikke lenger nødvendigvis snakker sammen. Irene er omtrent den siste av «våre», som fra de administrative går på mandagsmøter eller går på de faglige møtene. Det er ikke nødvendigvis slik lenger at de som jobber i administrasjonen tar del i det faglige. Det har alltid vært en selvfølge. Derfor er det blitt større avstand, og ikke nødvendigvis slik at våre faglige behov reflekteres i de administratives oppfatning av hva det er som er prioriteringen. Og det synes jeg er veldig farlig.

Det er selvfølgelig noe som er pålagt oss utenifra, fra Riksrevisjonen og så videre, og Finansdepartementet og selvfølgelig også fra Kunnskapsdepartementet, men *vi* – det er et kjempeproblem. Den nærheten som vi har følt til våre administrative – det som du aldri har opplevd, Dag, men som jeg har opplevd mer og mer – dette er helt forferdelig! Bare å sende ut en forespørsel om en tilsetning – som da ikke blir gjort. Å følge den opp – å følge den opp – å følge den opp – og slite seg totalt ut på sånne små filleting! Slik har det vært nå i det siste!

*Øivind Larsen:* Ja, takk! Da er det Jørund.

*Jørund Straand:* Det var spennende å høre på gjennom talls tale hvordan ting har utviklet seg. Det var sagt her tidligere at vi skulle konsekvensutrede – eller reist spørsmålet om man burde konsekvensutrede organisatoriske sammenslåinger. Og det ser jeg jo selvfølgelig er problematisk å gjøre i full detalj. Men det er likevel noen sånne dogmer som har fulgt med sånn implisitt i alle fusjoner, og det er at det er så store *synergier* å hente *administrativt*.

Nå er det en professor nede på Mat- Nat, han er geograf eller et eller annet, eller geolog, men i alle fall, han har undersøkt ganske solid med empiri og har fått mye oppmerksomhet for en artikkel som viser at alle slike store omorganiseringer som innebærer fusjoner, det medfører *økt* – jeg sa *økt* – administrasjon. At man i tillegg til de administrasjoner som man slår

sammen, må man ha en *overadministrasjon* til å administrere de enkelte. Og vi syns vel at vi ser litt av det samme hos oss, at samtidig som fagmiljøene som fra 2010 er blitt egne avdelinger og egne administrative enheter, de er blitt frarøvet all *egenadministrasjon!*

For da kommer vi inn på dette som Gerd var inne på med *avstand* versus *nærhet*. Dette med å ha hjelpen der hvor behovene er, i stedet for å måtte gå et godt stykke eller kommunisere skriftlig osv. Det har sine sider.

Og det har også sine sider, som Gerd var inne på, at det er utrolig viktig når man har en stor administrasjon, at man ikke utvikler *subkulturer* hvor administrasjonen ikke har sin identitet knyttet til virksomhetens *kjerneoppgaver*, nemlig forskning, undervisning, formidling, der jo da Irene er et unntak! Jeg ser alltid en fare ved at man innen administrasjonen knytter sin identitet helt og fullt opp til de lovpålagte rapporteringsrutinene, og så er man helt fremmedgjort i forhold til hva som er kjernevirksomheten.

Så jeg syns at vi har gått så langt nå med å sentralisere administrasjonen, at jeg kan se for meg at pendelen vil svinge i årene framover. At det kanskje blir behov for å desentralisere administrasjonen ned til fagmiljøene igjen. Vi får se.

*Øivind Larsen:* Ja, vi får se. Gunnar Tellnes:

*Gunnar Tellnes:* Jeg vil supplere Jørunds viktige innlegg med at de siste tyve årene har vi gått fra et administrativt system hvor det var tre administrative nivåer på Universitetet i Oslo. Nå er det seks. Under disse seks administrative nivåene finns det noe som heter professorer, og de skal ivareta primæroppgavene forskning, undervisning og forventes å produsere disse tingene etter «tellekanter». De er fullstendig fratatt *administrativ assistanse* som er i deres *nærhet*, slik som det var før.

Før 1997 hadde omtrent hver professor i det klassiske system på fakultetet en medhjelper i sin nærhet. Nå må vi lete etter de administrative medhjelperne i andre hus, og de er gjerne på kurs, og de er vanskelige å få tak i. Før kunne man delegerer ting, nå må man lete. Dette er en katastrofe på Universitetet.

Og så kan jeg eksemplifisere: Før hadde vi rektor, dekan og instituttleder som administrative nivåer. Nå har vi under disse områdeleder, avdelingsleder og for så vidt da forsknings- eller seksjonsleder. Slik at det er seks nivåer. Og jeg vil og tilføye, for ikke å være for beskjeden her, at jeg vet at Bjørn Hol som fortsatt er fakultetsdirektør, for nesten tyve år siden hadde en visjon om å samle alle de administrative personer rundt seg sjøl. Og det var det vel en god del av oss som prøvde å motarbeide på 90-tallet! Han har i

dag lykkes med det, vil jeg si, i stor grad, og ribbet alle på grunnnivå, altså professornivået, for den nødvendige tekniske administrative hjelp som skal til for å få en dynamikk i universitetsfunksjonens primærområder.

*Øivind Larsen:* Ja, takk! Da var det Tor Norseth.

*Tor Norseth:* Forskningsinstitutter – jeg vil ta avstand fra at de skal ledes av en leder. Jeg har *stygg* og altfor lang erfaring med en leder som ble ansatt på grunnlag av *ledelse* og som brukte forskningsinstituttet for å utøve sitt fag *ledelse*, helt fjernt fra instituttets oppgaver. Sånn at et forskningsinstitutt skal *ikke* ha en leder. Et forskningsinstitutt skal ha en *administrasjon* som ligger helt i bakgrunnen, og som skal støtte opp om de *faglige aktivitetene* ikke «leke lederskap» – som i mitt hode ikke er noe slags «-skap» i det hele tatt. (munterhet i salen)

*Øivind Larsen:* Da er det Christoph Gradmann.

*Christoph Gradmann:* Et glimrende innlegg! Du har nevnt at det er blitt mer og mer evalueringssystemer. Og i det store selvevalueringssystemet som vi alle jobber med, eller begynner med, er det på tale – og det ender ikke med CRISTIN. Det syns jeg egentlig er påfallende, siden vi hadde spørsmålet tidligere om vi skulle bidra med å evaluere andre i verden rundt, samhandlingsreformen og hva det ville være. Men det som i alle fall har skjedd, er at *vi* blir evaluert i de siste femten – ti årene. Og spørsmålet som man kunne stille seg, det er egentlig: *På hvilken måte blir man styrt gjennom å ble evaluert?*

Det har jeg heller ikke noe svar på. Men her var det jo en viss enighet rundt bordet om at for eksempel å være kritiske mennesker eller forskere, det er noe som vi gjerne ville være. Men dessverre lar slikt seg ikke *måle*. Hva som blir målt er andre ting. Tall og publikasjoner eller eksterne midler som man har innhentet og sånne ting. Og det er noe som jeg tenker – jeg tror det kunne lønne seg å tenke litt på at *våre idealer* blir ikke målt. Det er noe helt annet som blir målt.

*Øivind Larsen:* Ja, takk! Da har vi ett innlegg til før Irene får lov å runde av, og det er Anne-Lise.

*Anne-Lise Middelhø:* Takk skal du ha, Irene! Det var kjempefint! Sånn som jeg forstår deg, sa du at det som har skjedd gjennom denne perioden, er at vi for så vidt gradvis er blitt pålagt flere og flere *systemer*. Av den revy-



Figur 13: Christoph Gradmann, Anne Kveim Lie og Arild Bjørndal. (Foto: Turid Jensen)

messige listen som allikevel er reell – som jo revyer ofte er – over hva vi skal forholde oss til, ser vi samtidig at de er kompliserte og vil kreve assistanse. Så parallelt med innføringen av disse systemene har man fått et fravær av den hjelpen man kunne trengt administrativt for å gjennomføre den! Det er en ganske motproduktiv organisasjon, hvis man først skal ha det!

Men dette er ikke noe som er internt på universitetet. Ikke sant, dette er en samfunnsutvikling. Også de institusjonene som vi forholder oss til, forlanger akkurat det samme av oss, sånn som Forskningsrådet og - - -

Jeg enig med Arild i at vi må prøve å *erindre* litt mer. Men jeg kan ikke vite akkurat *når* det skjedde, men hvis du skal gå i gang med å lage et litt stort prosjekt nå, så merker vi at det har skjedd en endring. Vi er ganske gode til å dra inn penger – men du liksom kvier deg litt. Ja, men én ting er å få skrevet søknaden, men så skal jeg liksom være administrerende direktør, da, i det kommende, med alle de tingene. Så du må tenke deg nøye om, om du faktisk har kapasitet til å gjøre noe som du før kunne få mer hjelp til!

Det er noen som har beskrevet hva dette fører til på individnivå når det gjelder helse. Men jeg tror kanskje det gjelder også på litt større nivå. Du får disse «minikorporasjonene», du skal ordne opp i alt! Alle disse tingene og *absolutt alle ting* på et veldig *lite nivå*. Da får du den korporative tankegangen som det i stor grad er, som kjøres rett ned på seksjons- eller individnivå.

Jeg tror at det ikke bare er vi litt lost i all HR og alle de tingene. Men jeg tror det vil ha en konsekvens for hva vi er villige til å la oss involvere i, med tanke på at vi ser hvor dette fører hen. Og det syns jeg hører med til historien, at vi har hatt en veldig fin nærhet til administrasjonen som har

vært en veldig sånn styrke hele tiden, så lenge den var der. Og det at du har hatt et institutt hvor du liksom kunne komme innom kontoret og ordne opp i ting, tror jeg har vært veldig bra. Og det mister vi jo ikke helt, da, men mye er jo forsvunnet i det daglige -. Og hvis du skal ordne opp i all administrasjonen, så trenger du jo i hver fall å ha noen i nærheten som du kan løpe inn til å få det ordnet opp, og ikke stå i kø og ha saken hengende i bakhodet i all den tid.

*Øivind Larsen:* Vel, Arild, jeg må sette strek nå av hensyn til tiden. Irene ønsker du noen bemerkninger til slutt?

*Irene Auke:* Man kan jo kanskje si at både de administrative og de vitenskapelige er blitt gisler for systemene og for dem som er lenger opp i systemene. Men vi må prøve å ordne det best mulig.

Her er det jo allmennmedisin og samfunnsmedisin, og dere kan i hvert fall være veldig takknemlige, for dere har i alle fall både Steinar Lund og Irene Auke med dere på laget fremdeles!

(Latter og applaus)

*Øivind Larsen:* Ja, takk for dette, denne – god konklusjon! Da er det slik at nå er det lunsj, og for å holde oss i den moderne terminologi: «Fordi vi fortjener det!»

Da begynner vi igjen kvart over ett!

---

*Øivind Larsen:* Da ser det ut for meg som at vi er tilnærmet fulltallige her. Da setter vi i gang opptaksmaskinen igjen. Fram til kvart på to skal vi snakke om temaet «Sosialmedisin, trygdemedisin og samfunnsmedisin – i flyt?» Det er Per Fugelli som har forberedt en innledning til det. Vær så god, Per!

### **Sosialmedisin, trygdemedisin og samfunnsmedisin – i flyt?**

*Per Fugelli:* Ja, dere, her og nå skjer det rett og slett et kupp – he – he – fordi Per Sundby har forstått programmet slik at han og jeg skulle dele på denne innledningen. Og jeg har lest hans manuskript. Det er av første klasse og passer veldig godt som en start til det jeg skal si etterpå. Så nå kommer først Per Sundby i tre minutter:

*Per Sundby:* Jeg har brukt som innledning til mitt innlegg: «Kjært barn har mange navn». *Sosialmedisinen* begynte i min tid like etter krigen som *hygiene* med bakteriologen Strøm – som fikk tannbørste som symbol fra vårt

kull – som første representant. Han var en slags allestedsnærværende sosial aktør som også ble opptatt av tuberkulosens forhold til slette boligforhold.

I femtiårene gjorde den allmektige Strøm sitt professorat i hygiene om til *sosialmedisin* og satte Natvig inn i hygienen. Og Natvigs varemerke var foruten det bakteriologiske at han innførte flaskemelk i stedet for spannmelk i Oslo. Strøm lot sosialmedisinen formes som en mangehodet lærestol for medisinen som redskap for samfunnets befatning med helse og velferd, både med hensyn til *innsikter* og ikke minst også *tiltak*.

Snart dreide den over til medisinske sider ved fattige og utstøtte gruppers spesielle medisinske forhold og samfunnets mer eller mindre skjeve forhold til disse gruppene. Forbilde i Skandinavia var Gunnar Inghe med sin brede studie av fattige i folkhemmet fra 1960-årene.

Strøm ble pioner i velferdsmedisinen selv med studiet over krigspensjonsutestengte krigsseilere, som ved tilleggsloven av 1968 fikk rettigheter til lovfestede medisinske særvilkår. Da var de neste som kom på agendaen, kroniske alkoholister som nå fikk sin drikkfeldighet anerkjent som forårsaket av krigstraumer. Sosialmedisinen ble etter hvert en slags *proletarmedisin*. Og jeg har manglet en definisjon på det.

Men nu synes jeg at det ubrukelige ordet *proletar* er god betegnelse også på sosialmedisinen, fordi den hadde sin oppmerksomhet rettet mot utestengte grupper. Og den gang ble de med trygdeavslag også betegnet som sosiale kasus. Det har noe med medikaliseringen å gjøre. Trygdens skjeve tilståelsespraksis, sammen med diverse omsorgers ufullkommenheter og samfunnets *aspect blindness* overfor sine utstøtte, ble på en måte fagets hovedpreg, i grenseland mellom innsikter og korreksjonsiver, forskning, påvirkning og politikk. Og derfor ble det også litt lite videnskabelig stuerent.

Selv kom jeg inn i faget ut fra opposisjonelle og sosialpsykologiske legninger, og med bakgrunn i psykiatrisk epidemiologi fra Ødegård på Gaustad. Dessuten fra alkoholens mange problemer og sykdomsskapende sider, erfart gjennom psykiatrisk storbyklinikkpraksis gjennom noen år. Her opplevde jeg vel også grundig motsetningene mellom fakta og fortieelse. Et spenningsforhold jeg mener også er fagets videnskabelige oppgave å utstudere. Det heter *aspect blindness* som vi på en måte skal gjøre til å *se* tingene. Et av våre tidlige sosiale angrepsmål ble løsgjengerloven som ble opphevet i 1970-årene.

Langsomt ble faget sosialmedisin stuerent, ikke minst da vi slapp inn den nye akademiske kalven *allmennmedisin* i vår midte. For den fikk undervisningen i sykemeldingsregler og praksis *hos oss* ved siden av sin praksistjeneste for studenter i vår termin. Etter hvert kom også de offentlige leger som meldte sine akademiske interesser. Og disse to gigantene slukte hele sosialmedisinen og omdøpte den til det mer pyntelige ordet *samfunnsmedisin*.

Jeg sier dette uten malise, fordi de sosiale og sosialmedisinske problemer også ble så allmenne og velferdsforpliktende for medisinen at primærhelse-tjenesten alene muligens kunne gape over dem. Senere har vi jo erfart at kjevene går av ledd når de prøver seg med dette.

Men det er kanskje litt synd at prolektarmedisinens særattityde er kokt bort i kålen og erstattet med samfunnsmedisin som hovedsakelig er rettet mot middelstandens mer individualiserte medisinske forhold og utfordringer.

– Har jeg brukt mindre enn tre minutter?

*Per Fugelli:* Gjør deg ferdig, du.

*Per Sundby:* Nei, jeg er ferdig.

*Per Fugelli:* Ja, tusen takk, Per! Veldig tankevekkende og til å lære av, den historiefortellingen du kommer med, syns jeg. Kan du ikke være snill, fordi – altså denne mannen (om Per Sundby) i sitt *åttifemte år*, han studerer nå ikke bare grunnfag, men nesten hovedfag i Wittgenstein – altså *aspect blindness*, kunne du ikke bare oppklare det for oss?

*Per Sundby:* Nei, altså *aspect blindness*, jeg har nettopp lest om det, det er litt ufullkomment, men «*aspect blindness*» det er *å ikke ville se et anliggende under en bestemt synsvinkel*. Jeg opplevde det konkret i min befatning med alkoholen. Avholdsfolk oppfattet den som et moralsk anliggende, og det motiverte dem til å ta hånd om alkoholister. Men da fagfolkene kom inn, begynte de å tenke på årsaksforhold og tenke positivisk og videnskabelig over det hele. Det blir da en slags *aspect seeing*, som skapte *aspect blindness* for den *gamle måten* å se det på. Disse to, konkurransen mellom disse to perspektivene er veldig viktig for sosialmedisinen å utforske, selv om det er mer *videnskabsteori og filosofi* enn klar *medisin*.

*Per Fugelli:* Tusen takk skal du ha! Du er en helt! Jeg tenker på to ting, det ene er – det har ikke vært fremme, jeg tror ikke ordet har vært nevnt – *drivkraft nummer én* for det vi holder på med, det er *nysgjerrighet*. Det forvalter du på en flott måte. Og det andre som jeg syns er veldig fint med deg, er sjenerøsiteten. Du snakket om den «mangehodede sosialmedisin», og du har med et gavmildt smil latt det ene hodet etter det andre falle.

Nå til tittelen. *Sosialmedisin, trygdemedisin og samfunnsmedisin – i flyt?* Jeg tenkte på det, det kunne egentlig stått i *fri synk*. Fordi, ikke sant, det står dårlig til med oss. Det er en del av den litt vemodige erindringen. So-



sialmedisinen er nesten død, trygdemedisinen er ikke helt frisk den heller. Den er i alle fall sånn som i Beatles, «half the man I used to be». Og samfunnsmedisin i betydningen *anvendt samfunnsmedisin*, den er nesten ikke født en gang på dette instituttet. Så det er en ganske sørgelig historie. Det eneste gode eller kloke vi kan gjøre med det, er å prøve å lære av det, og spørre oss hvorfor, hva kom det av?

Gerd var klokt inne på det i sin innledning, synes jeg. Hvor hun snakket om at fag kommer, fag går. Og jeg synes du hadde en fin oppfatning på mulige årsaker. Du sa at det kan ha med *person* å gjøre. Ja, takk, når det gjelder *sosialmedisin*, jeg vil uten videre ta på meg en stor egenandel for at sosialmedisinen er i faresonen, fordi jeg på et tidlig trinn – det er ikke noe å gjøre med det – valgte å gå inn i et slags «one man's show» med å tenke og lese og skrive selv, i et slags ego-prosjekt, i stedet for å rekruttere. Og det har vært mange plusser med det, synes jeg, som jeg er stolt av, men det har hatt sin pris i manglende fagbygging.

Person, ja, men så nevnte du – og jo, det kan ha med *person* å gjøre – men det kan også ha med *samfunn* og *tidsånd* å gjøre. Og det tror jeg også, ikke for å fritta for personlig ansvar, men det er klart her er sosialmedisin, trygdemedisin, samfunnsmedisin kanskje de mest *konjunkturuømfintlige* fagene i medisinen, de som har med politiske tidsånder å gjøre. Det er ikke for ingenting at Strøm og Per og den *potente klassiske sosialmedisin* kom samtidig med at *sosialdemokratiet vokste seg sterkt*. De siste tyve- tredve år så har – jeg hadde nær sagt – *samfunnet* gått mer av moten og *den enkelte* har kommet på tronen. Og vi er inne i en politisk utvikling hvor *marked* overtar mye mer. Det er klart sosialmedisin, trygdemedisin og samfunnsmedisin får dårlige kår i et slikt åndsklima eller politisk klima.

Men så tenker jeg: Altså, ja vel, hva kan vi gjøre? Og da vil jeg bare nevne to mulige oppdrifter som kan være råstoff til Magne klokken fem: «Hva har vi lært i dag?» i betydningen: «Veien frem går først tilbake.» Dag Brusgaard lanserte for et år siden eller to, eller tre, jeg husker ikke riktig i dag, men i alle fall et ord noen av oss er blitt veldig glad i, som han fant opp, og det heter *velferdsmedisin*. Bjørgulf Claussen og Gunnar Tellnes og Dag Brusgaard og jeg arbeider for tiden med en skisse, et dokument som skal begrunne nyskapingen *velferdsmedisin*. Og som vi håper kan gi oss et moment. Det vi tenker oss skal inn i nyskapingen *velferdsmedisin*, det er først og fremst at faget vil ha et *anvendt* preg. Vi vil legge vekt på at det skal betjene – i undervisning, forskning og fagutvikling – legenes oppdrag innenfor klinisk sosialmedisin, innenfor trygdemedisin, innenfor *anvendt samfunnsmedisin*. Det vil være legenes oppgaver i forhold til NAV, forvaltning av trygd, det vil være medisinenes oppdrag – som Per fikk så fint frem i sin

innledning – det som alltid har vært sosialmedisinens grunnstoff, nemlig å sette medisinsk lys på de sårbare gruppenes levekår og møte med helse-tjenesten, i din tid krigsseilere og løsgjengere og alkoholikere. Altså medisinens oppdrag i forhold til utsatte, underprivilegerte grupper.

I nyskapningen *velferdsmedisinen* vil vi prøve å ta med oss noe av det vi har snakket om som et forsømt felt i dag, nemlig innenfor *folkehelsedimensjonen*, at velferdsmedisinen skal utvikle og ta i bruk kunnskap om de egenskaper ved samfunnet, det sosiale miljø, om dere vil, som *fremmer helse* – politisk *salutogenese*, vil Gunnar kalle det – og egenskaper ved samfunnet, det sosiale miljø som *skader helsen* – politisk *patogenese*.

Dette arbeider vi med. Tanken er at vi skal ha et dokument som kan legges frem til drøfting og eventuelt videreføring mot handling tidlig på høsten.

Så i tillegg til det, og det var litt morsomt – synd at Anne har gått, men vi må hilse henne og si det – fordi jeg har vanskelig for å se ett tema, én tematikk, som egner seg bedre for et felles prosjekt som både kan profilere instituttet eller avdelingen – nå tenker jeg særlig på avdeling for samfunnsmedisin da – og fungere som kitt og lim. Da tenker jeg på nettopp overskriften *sårbare grupper*. I *medisinsk antropologi* er det en gammel dedikasjon, har alltid vært der. I *sosialmedisin* er det som dere hørte av Per, i aller høyeste grad, i *trygdemedisin* er det der. I *internasjonal helse* er det i aller høyeste grad i globalt perspektiv. Det er også en god bro til *allmennmedisin* som også forvalter mye av den kliniske sosialmedisin. Så her har vi en overskrift som kunne gi oss noe av det vi kanskje har lengtet etter og lett etter en stund. Ja, takk. Folk skal få holde på med sitt og. Men det ville være veldig fint om vi fant et felles gods som kunne tenne oss og engasjere oss *som kollektiv* også!

*Øivind Larsen:* Da sier vi takk for disse to innledningene, og da har jeg allerede fått to navn på lista. Det er Gunnar Tellnes først og deretter Bjørgulf Claussen.

*Gunnar Tellnes:* Ja, takk, Per Sundby og Per Fugelli for flott innledning. Jeg vil supplere litt her. Jeg tror hvis disse fagene fortsatt skal være viktige fag for legetutdanningen, så må vi synliggjøre hvordan leger kan jobbe med sosialmedisinske spørsmål i sin hverdag. Vi må være rollemodeller, eller vi må eksemplifisere i vår undervisning hvordan studentene når de blir leger, kan jobbe med de sosialmedisinske oppgavene i praksis. Dessuten må forskningen vår være slik at den utvikler ny kunnskap som hjelper leger, og det gjelder ikke minst å få allmennleger til å forstå hvordan de skal arbeide og



Figur 14: Eva Kristensen og Morten Kvisvik. (Foto: Turid Jensen)

løse sosialmedisinske problemstillinger i sin praksis. Hvem andre skulle ta seg av den typen forskning eller undervisning hvis ikke vi gjør det? Det var ett poeng.

Og så er jeg mye mer optimist når det gjelder både trygdemedisin og samfunnsmedisin som fag. Jeg vet at det er konjunkturer ute og går her. Altså vi kan se på *yrkesrettet rehabilitering*. Det var et fag som kanskje hadde en viss status under Gudmund Harlem da han tok doktorgrad og var leder på SAO på Statens atferdsinstitutt. Jeg har også jobbet der et år. Og så har vi *arbeidsmedisin*, det er også litt, tror jeg, i bakeveje. Ikke sant, de blir overtatt av andre faggrupper. Det er jo viktig, men jeg tror ikke disse fagene har noe å tjene på at legene går helt ut av dem. Det gjelder også *samfunnsmedisin* og *folkehelsearbeid*, og det gjelder *trygdemedisin*. Men i NAV kan man kanskje se for seg at legene er på vei ut, eller at allmennlegene ikke ønsker å jobbe med sykemelding for eksempel. Da er det sosionomene som kommer inn i stedet. Vil de gjøre en bedre jobb? Jeg tviler litt på det. Jeg er NAV-lege i dag og ser dette litt fra innsiden.

Nå vi jeg bare si om en del av disse optimistiske tegnene i tiden som jeg mener er der, at vi har denne våren, som Per var inne på, vi har hatt en møteserie om *trygdemedisin* eller *velferdsmedisin* for å liksom gå litt i oss sjøl for å se hva er status og hvordan skal vi komme videre? 15. juni er siste dato

for den møteserien som har vært hver onsdag dette halvåret. Da skal vi ha et seminar hele dagen med ganske gode innledere som reiser spørsmålet: Trygdemedisin ved en skillevei? Hvor går vi? Så følges dette seminaret opp 12. oktober i Aulaen, hvor vi og reiser spørsmål om rehabilitering, trygd og folkehelsearbeid. Alle disse arrangementene eller tiltakene er et ledd i å få ansvarlige ledere til å – og da tenker jeg på arbeidsminister og NAV-ledelsen – i alle fall til å ta stilling til om de mener at medisinen eller legene har en rolle i disse arenaene.

Jeg vil bare minne om at leger er med på, gjennom sine attester, å generere over hundre milliarder hvert år fra NAV. Og NAV styrer en tredel av det norske statsbudsjett. Det at Det medisinske fakultet forholder seg *passivt* til disse fagområdene i medisinen, er ganske betenkelig når du ser på hvor viktig del det er av det norske samfunn. Ikke bare det med disse milliardene, men nesten alle som er involvert i NAV, har helseproblemer – de som er *brukere* som det heter, av NAV-systemet. Det er veldig mange. Jeg kan nevne at 50 % av den norske befolkning får en lønsslipp fra NAV hver måned. *50 % av den norske befolkning!* Da er barnetrygd og alderspensjon inkludert. Jeg spør Magne Nylenna om han kan si litt 15. juni om NAV i forhold til samhandlingsreformen, så har ikke det aspektet vært urørt. Jeg utfordrer NAV-direktøren på det samme. Det er tydelig at han også er unnvikende på disse spørsmålene. Altså to *giganter* i det norske samfunn som ikke har samhandlet.

Så vil jeg bare si at det positive er at jeg tror det det har vært medvirkende til det jeg nå har nevnt og det som kom opp i debatten i fjor om sykefravær, at allmenntilleggsmedisinerne nå kommer til å komme veldig i fokus når det gjelder trygdemedisinske premisser fra 1. juli i år. Og det er jo lovforslag til Stortinget om dette.

Det andre er at samfunnsmedisin jo helt sikkert får en oppkonjunktur nå med samhandlingsreformen som skal prioritere forebygging. Økonomiske midler skal være intensivt for å forebygge i en kommune. Den nye folkehelseloven skal også få dette til mer tverrfaglig i kommunene, blant annet med folkehelsekoordinatorer. Men det vil være en katastrofe, mener jeg, hvis medisinerne melder seg helt ut av dette, for mange av de nye folkehelsekoordinatorer har ikke peiling på klassisk samfunnsmedisin. Altså de vet ikke om det temaet!

Så skal jeg avrunde med å si at når det gjelder samfunnsmedisin generelt, så tror jeg hvis vårt institutt tar på alvor å få i gang en mastergrad i folkehelsevitenskap eller samfunnsmedisin, så vil det styrke hele vårt miljø. Det vil styrke hele fagfeltet samfunnsmedisin og spesialiseringen i samfunnsme-

disin som har vært lavkonjunktur når det gjelder interesse blant leger de siste ti – femten årene. Så vi må – vi må kjenne vår besøkestid!

*Øivind Larsen:* Ja, takk, Gunnar! Du nevnte mange viktige momenter. Jeg må bare nevne at vi tittelen på dette er et *erindringsseminar*. Så prøv å konsentrere dere litt mer om ting som *har* hendt, enn om ting som vi gjerne ønsker *skal hende*.

Nå har jeg tre personer på vår liste, og jeg må sette strek. Det er Bjørgulf og Morten Lindbæk, og så er det Anne-Lise Middelthon. Jeg må sette strek under Bjørgulf sitt innlegg, fordi ellers går det gærent med tiden. Bjørgulf, vær så god!

*Bjørgulf Claussen:* Erindringsseminar, ja. Jeg kan jo fortelle om noe som *har* hendt. Det var at Dag Bruusgaard gikk av med pensjon for et snaut år siden, og noe som *kommer til å hende* er at Per Fugelli og jeg går av med pensjon om i beste fall en tre – fire år. Da kan du være igjen alene, Gunnar, på dette som noen vil kalle *velferdsmedisin*. Og det er ingen ulykke. Du er fantastisk til å organisere som vi hørte nå nettopp du fortalte om. Så det kan gå bra.

Men jeg ville jo synes det var synd hvis ikke Det medisinske fakultet i Oslo hadde en seksjon i årene framover som het noe som minnet om sosialmedisin, en gammel, hederskront betegnelse, fra langt tilbake i tid, og som har vært vært veldig viktig i medisinen. Om vi døper det om til velferdsmedisin, angår ikke det meg så mye, synes jeg. Det blir omtrent det samme, og det er like bra betegnelser begge deler.

Men det som jeg lurer litt på, og som jeg ikke vet riktig hva jeg mener om, det er om instituttet burde gå inn for at stillingene etter Dag og meg og Per blir erstattet når vi går av med pensjon. Det har det jo ikke vært rutine å gjøre. Det har vært rutine at stillinger blir stående tomme. Og så kommer det kanskje noen andre i et annet fag. Men i samfunnsmedisinen er det vel stort sett blitt færre og færre av oss, etter hvert som aldringen har tatt fler og fler. Da er jeg usikker på om jeg skal støtte en sånn idé, til tross for at sosial- og velferdsmedisin er viktig, rett og slett fordi jeg er ikke sikker på om det er gunstig *forskningsmessig* å opprettholde sånne gamle fagbetegnelser. Det er kanskje bedre å gå inn for eksternt finansierte forskningsprosjekter, skaffe nye folk på konkrete forskningsprosjekter og prøve å bygge opp forskningsgrupper på den måten, framfor å opprettholde disse faggrensene. Men, jeg vet ikke. Som sagt synd hvis sosialmedisin forsvinner.

*Øivind Larsen:* Ja, takk, Bjørgulf. Du snakker i grunnen strategisk, du snakker *strategi*. Da dytter Gerd til meg og sier at – husk at vi har egne strate-

giseminarer hvor vi skal utarbeide vår strategi. Så, Morten Lindbæk, du har ordet nå:

*Morten Lindbæk:* Jeg har ikke hørt om dette med velferdsmedisin tidligere. Det er sikkert min feil, men jeg synes umiddelbart at det klinger bra. Fordi – og det er ut fra min egen praksis – vi har, jeg har mye av dette. Mye som går på trygd, mye som går på sjukemeldinger og håndteringen av dem, ensomhet som ble tatt opp i Aftenposten i dag – veldig bra, av Gisle Roksund – og rus, ikke minst. Så jeg synes at det kan være en grei *paraphy*.

*Øivind Larsen:* Ja, takk for det. Da er det Gunnar Bjune. (litt uro) - - - man må finne gode konflikttemaer, de har funnet et der borte – Anne-Lise, vær så god!

*Anne-Lise Middelthun:* Takk, Per og Per for innledningen. Jeg tenker at det er sosialmedisin sånn *institusjonalisert* som dere snakket om. Men sosialmedisinen som *tematisk felt* har jo vært litt mer levende. Ikke sant, det har jo vært andre som har jobbet med stigmatisering og sånne ting. Så det synes jeg man skal ha med når det gjelder historien i denne perioden. Det tematiske feltet har ikke vært så dødt som det kan se ut som den institusjonelle oppbyggingen har vært.

Og som *erindring* så er det viktig at for perioden fram til 2010 – allerede i 2009 etablerte vi nettopp et strategisk samarbeid med Kirkens Bymisjon for å få empiriske felt, både til å utstasjonere *doktorgradskandidater* og *masterstudenter*, men også for *empirisk forskning* om utsatte grupper knyttet til helsesenteret for de papirløse immigrantene. Men også med planer om å utvide dette til andre felt. Hvis det er en institusjon i Norge i dag som *krystalliserer tilgangen* til nettopp de gruppene, så er det faktisk *Kirkens Bymisjon*. Og det skjedde i den perioden vi erindrer nå.

For den viktige tingen er at *velferdsmedisin* dekker *noen* ting, og det er viktig å ha dette plassert i medisinen. Men *sosialmedisin* er på ett vis *bredere*. Men det synes jeg skal med når man skal skrive historien her, de grepene som man *rent faktisk gjorde* for å sikre både samarbeid med *fronten*, for å bruke et sånt uttrykk, og tilgang til empiriske felt.

*Øivind Larsen:* Da har vi tolket dine signaler som replikk, var det så? Innlegg? Ja, da må du komme etterpå. Skal vi se, *da* var det Gunnar Bjune:

*Gunnar Bjune:* Riktig. Jeg visste at Anne-Lise kom til å si halvparten av det jeg hadde tenkt, så det passa utmerket. Fordi Per tegner et altfor mørkt bilde

av sosialmedisinens utvikling på instituttet. I virkeligheten kan du si at den kjerneaktiviteten som *kalles* sosialmedisin, kan *synes* å ha skrumpa. Men sosialmedisinsk *tankegang* har bredt seg på instituttet. For det ene er jo trygdemedisin egentlig en aktualisering av en del av sosialmedisinen, og for det andre – som Anne-Lise nå har sagt – sosialantropologene jobber intenst og veldig bra med å forstå mekanismer for utstøting og marginalisering – også *sentrale sosialmedisinske* temaer.

Og på *internasjonal helse* så er mesteparten av vår aktivitet i virkeligheten retta inn mot svake grupper. Det som slår oss da, er at grunnen til at folk blir marginalisert, i veldig stor grad er effekter av globalisering på forskjellige måter. Det er blitt et *internasjonalt fag*. Det er ikke lenger *norsk sosialmedisin*. Og disse arvtakerne fra den gamle, gode sosialmedisinen tror jeg at sosialmedisinerne skal være stolt av.

*Øivind Larsen:* Takk for det. Da er det Arild Bjørndal:

*Arild Bjørndal:* Kanskje et lite spørsmål. Kommentaren først er at trangen til å se fremover, åpenbart er mye større enn viljen til å se bakover her i forsamlingen. Men det er jo flott. Det vitner liksom om at man er klar til å aksle fremtiden. Men en ting å lære av, som det overrasker meg at dere ikke interesserer dere for – eller tar opp nå dere ser tilbake, det er at da trygdemedisinen spaltet seg av fra sosialmedisinen og man delte dette opp i to, var det lurt eller var det ikke så lurt? Altså, ikke sant, igjen rører det ved spørsmålet om hvordan er det man får til fruktbare fagdefinisjoner? Får fram overskrifter, disipliner, måter å jobbe på som samler oppslutning og gir forventning. Det blir jeg litt i stuss over.

Ikke sant, det var kanskje smart, det var noe penger der osv. Men snarere enn å holde på de begrepene vi har, videreførte dem og liksom holde på, så må man kunne argumentere for at man eroderer litt sitt eget fag hvis man bare stadig fornyer begrepene og gruppene i takt med hvor samfunnet til enhver tid plasserer noe penger!

*Øivind Larsen:* Gunnar Tellnes må få ordet til en replikk på det, bare replikk!

*Gunnar Tellnes:* Jeg vil svare på denne spaltningen av trygdemedisin fra sosialmedisin. Etter påtrykk fra flere av våre sentrale myndigheter på slutten av 1980-tallet kom det faktisk opp penger på statsbudsjettet for å styrke trygdemedisinen i allmennmedisinen. Og myndighetenes argument var nok den gangen at det klassiske institutt for sosialmedisin drev med for lite forskning og at det var kjempebehov for forskning, blant annet på sykmel-



ding. Christian Borchgrevink var en av dem som var proaktiv og flink til å forhandle i departementet så vi fikk frem disse stillingene. Tre stillinger som vi fikk finansiert i 18 – 19 år, har det vært, nå frem til 1999.

Men da Borchgrevink ble konstituert som professor nøyaktig i dag for 20 år siden, i trygdemedisin, så tilbød Christian meg tre kontorer. Og det syns jeg var for lite, hvis vi skulle få dette faget til å vokse. Så vi fikk en avdeling på Ullevål sykehus. Vi vokste fort til 20 – 30 personer. Vi ble ledende innenfor forskningen på hele instituttgruppen ganske kjapt. Men vi hadde ikke undervisning der. Den ivaretok den gamle sosialmedisinen stort sett. Slik at dette er litt av bakgrunnsteppet for hva som skjedde den gangen angående denne splittingen. Nå tror jeg tiden er moden for at kanskje trygdemedisinen allierer seg med allmennmedisinen, sånn som det var meningen i 1990.

*Øivind Larsen:* Ja, takk skal du ha. Da har jeg bare Morten Lindbæk igjen på lista, før innlederne får ordet hvis de ønsker det.

*Morten Lindbæk:* Bare kort litt om at *rusmedisinen* er blitt et eget felt. Men vi har to doktorgradsprosjekter som er i samarbeid med dem og de er interessert i samarbeid med vårt institutt. Altså der er et potensiale som kan utvikles videre.

*Øivind Larsen:* Takk! Per F. og Per S. ønsker dere sluttbemerkninger? Vær så god!

*Per Sundby:* Ja, jeg skal si noen korte ting. Jeg har en helt egen oppfatning om hvordan trygdemedisin oppsto. Og den oppsto som et politisk engasjement i forbindelse med utredning om trygdens gryende problemer i begynnelsen av 1990-årene. Og det var ut fra denne eufemiske tankegang at «Give me the tool, and the problem is solved.» Og hva slags redskap de fikk, det visste de ikke selv, for myndighetene er jo litt blinde på hva slags allianser de inngår. Men det var litt av et under at man får tre professorater i en periode hvor andre tigger i årevis for å få en amanuensis. Så det var et politisk kupp det der, men det er min oppfatning.

Det andre er egentlig dette med spørsmålet om å være stueren. Jeg må si min erfaring som sosialmedisiner er at det var et fag som stadig skapte meg venner og uvenner, hele tiden. Jeg fikk skjellsord på den ene siden og skulderklapp på den annen side, fordi jeg jo selvfølgelig gikk inn i ideologiske problemfelter i samfunnet. Og mitt stadige problem var hvordan i Herrens navn skal jeg være såkalt nøktern og objektiv i den prosessen? Og til slutt



*Figur 15: Elin Olaug Rosvold og Øivind Larsen var ordstyrere. (Foto: Turid Jensen)*

ga jeg det opp, liksom. La meg heller være utskjelt av den ene og beundret av den annen og likevel føle meg som en videnskapsmann. Det tror jeg egentlig er en grunnleggende erkjennelse. Sånn at dette her med *verdinøytralitet som grunnlag for forskning er betydelig overdrevet, altså!*

*Øivind Larsen:* Per F., Da har du ordet:

*Per Fugelli:* Ja, tusen takk til alle. Og ganske særlig til Anne-Lise og Gunnar for denne vakre gjenopplivningen av sosialmedisinen. Det er nesten så jeg får lyst til å synge, dere vet: «No livnar det i lundar - - - nytt liv av daude gror.»

*Øivind Larsen:* Da virker det som vi har avrundet dette temaet med tankevekkende verselinjer. Da kan vi kanskje slå til noen minutter på overtid med neste tema. Jeg må innrømme at det er jeg som har laget tittelen på det:

### **Det medisinske fakultet 1990–2010: Overordnet erkefiende?**

*Dag Bruusgaard:* Jeg hadde tenkt å innlede med å si at det var jeg som *forlangte* den tittelen, og at det egentlig ikke skulle stå spørsmålsteget, men det er altså et oppgitt tema.

Dette er et erindringsseminar. Jeg erindrer en dag i førjulstida i 1999. Det var et møte på Sundvollen. Jeg er ikke helt sikker på hva for slags møte, men dekanus forteller meg at ønske fra Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin om å tilsette først den som var innstilt som nummer én til en amanuensisstilling i allmennmedisin, Jørund Straand, ikke ville bli innfridd. Jeg visste veldig godt at dekanus ikke hadde noen som helst sans for trusler og fortalte det at det er greit hvis Jørund Straand ikke blir tilsatt, for da kommer ikke jeg til å ta den stillingen jeg like på forhånd sagt meg villig til å ta, å overta som instituttleder. Det sa jeg relativt sterkt og mente det ganske sterkt. Dagen etter fikk jeg et nytt brev om at Jørund Straand skulle tilsettes. Litt flåsete kan du si at det var kortversjonen av forholdet som jeg hadde med fakultetet. Når fakultetet ikke gjorde de tingene jeg syns var fornuftige, så var det bare å si fra klart og så ordnet saken seg. Men fullt så enkelt var det vel ikke. – Hvem var det som sa *nei*? – Det var deg, ja. He-he-he-! OK!

Jeg hadde en serie konflikter med fakultetet, hvilket på huset ble oppfattet som at jeg hadde et veldig dårlig forhold til fakultetet. Da prøvde jeg å fortelle at så var ikke tilfelle. Men det var ikke så lett å kvitte seg med dette.

Det var nok en del tanker på instituttet som var litt vel forankret i en merkelig innstilling til NAVF, som het «Støtteprogram for allmennmedisinsk forskning.» Altså – her var det noe trist og leit som trengte krykker og som knapt nok kunne gå selv, her måtte man ha et støtteprogram. Det var nok en del på instituttet som følte at fakultetet skulle oppfatte Institutt for samfunns- og allmennmedisin som noe som krevde potemedisinsk behandling, klappes med hårene og være snill og grei og skulle få det de ba om. Men vi ble vel behandlet, ikke som råtne egg, men på samme måte som andre institutter under fakultetet.

Så hva har fakultetets rolle vært i denne perioden? Jo, når det gjelder organisering, har fakultetet bidratt først til sammenslåingen av alle småenhetene. Dette kan diskuteres på detaljnivå. På overordnet nivå var det det eneste fornuftige, helt uten grunn til å diskutere det.

Etter hvert var det noen problemer hvor ikke vi fikk gjennomslag opp gjennom prosessen. For eksempel det at Helseledelse og helseadministrasjon fikk skreket seg til å bli skilt ut fra oss. Vi lyktes ikke i å få *statistikk* som en del av vårt institutt, på tross av at vi hadde gode grunner. *Atferdsfag* – Per H., du sa vel at du ikke forsto Per Vaglums argumenter for at det skulle være en del av basalfagene. Det følte jeg at jeg forsto, uten at jeg dermed aksepterte det. Men det skulle være et basalfag for all klinisk virksomhet. Ikke spesielt tilknyttet samfunns- eller allmennmedisin. Så det var hans argument. Så var det en periode at atferdsfag faktisk var på drift mot vårt institutt. Men så av en eller annen grunn så snudde det, og nå er jo faget tettere koblet opp til psykiatri. Så det toget er vel akkurat for tiden gått.

Men altså, i *strukturen* – utviklingen har ikke alt vært sånn som vi ønsket. Men vi har vært med i debatter. Altså – statistikerne hadde sterke argumenter. Punkt én, for at de skulle bli der de var og ikke flytte på seg. Og vi hadde vel da ikke så veldig mye rom til å gi dem heller, hvis de hadde sagt ja. Og litt det samme var det med Helseledelse og helseadministrasjon. Og jeg har vel alltid lagt stor vekt på nærhet og helst at man er i samme hus. Sånn at det å kjempe veldig for at Helseledelse og Helseadministrasjon, som da *ville* være et annet sted, og det samme med statistikk, skulle komme – jeg ga meg kanskje litt lett.

Men hvis man, som også er av de tingene som jeg har *prøvd* å jobbe med, at de som er tilknyttet instituttet har en litt *vi-følelse*. Og en vi-følelse er ikke lett å etablere nå det er noen kilometers avstand. Det er vanskelig nok på instituttet, men jeg føler vel at Frederik Holsts hus har etter hvert etablert en vi-følelse som muligens nå kan stå i fare ved at det er blitt ulike enheter.

Men altså når de gjelder organisering, så syns jeg at jeg har hatt et greit forhold til fakultetet, ikke noe grunn til misnøye på det feltet.

Så gjelder det *undervisning*. Fakultetet har aktivt bidratt til å gjøre allmennmedisin til et hovedfag. Selvfølgelig med godt innspill fra vårt institutt og ikke minst med Per H.s bidrag i undervisningsplanarbeidet «Oslo-96». Der har fakultetet vært del i en prosess som har satt Oslo ganske langt fremme når det gjelder studieplanarbeid og allmennmedisinens plass.

Samfunnsmedisin har også en plass, altså, men vi har ikke målrettet og sterkt argumentert for utvidelse av vår plass på studieplanen. Og med «Oslo-96» ble jo altså timetall kuttet ned. Og det er vel rimelig og. Vi bør vel jobbe

mer med innholdet enn akkurat omfanget. Så jeg føler at på *undervisningsfronten* har det også vært et godt samarbeid.

Så har vi hatt noen konflikter. Da det stormet som verst rundt utplassering, så tror jeg til og med det var deg, Stein, som ved en anledning sa at «Ok, da, hvis dere mener at dere ikke er et hovedfag hvis dere ikke får flere stillinger, da får vi heller gå tilbake og si at da er dere ikke lenger et hovedfag.» Det er altså i en debatt at sånne argumenter kan komme, men ellers så syns jeg nok at når gjelder på undervisningsfronten, så har det vært greit.

Så gjelder det *økonomi*. Det har jo vært det mest problematiske, selvfølgelig. Men de argumentene jeg nå måtte ha, har Irene plukket fra hverandre så til de grader! Å komme her og syte og klage over dårlig økonomi når du ser – nå ler du nå, Stein – he-he-he- med god grunn – så er det jo søren ikke -. Og i mine små notater her så er det heller ikke så veldig mye klaging på det, selv om det har vært en del ganske tøffe fighter rundt stillingene til Johanne Sundby, Anne-Lise, Akhtar, og vakante stillinger på allmennmedisin. Men tross alt så har det gått rimelig bra.

Når vi har Tor Norseth her, kan jeg nevne bekymringen med at ønsket om å utlyse ny stilling i arbeidsmedisin, ble stoppet både fra Steins dekanat og det etterfølgende dekanat. Så det er ikke skjedd, det er jo ikke helt bra.

Bjørgulf visste ikke riktig om han skulle be om at utlysningen av den stillingen etter meg og Bjørgulf skulle kontinueres, det er jo relativt lett å svare på. De var eksternt finansiert, så den finansieringen er nå stoppet. Så det er ikke snakk om å kontinuere, men det er snakk om å opprette nye stillinger og skaffe friske midler. Men sosialmedisin – og der må instituttet, også jeg, ta noe av skylden for at det er den delen av instituttet hvor antall stillinger har blitt redusert mest markant. Men totalt sett, så har det jo vært en økning, som vi ser.

*Utplassering* har vært strevsomt. Det har det. Det å *slåss* for utplasseringen i allmennmedisin. Noe av problemet med det er at utplasseringen *synes* så veldig godt i ethvert budsjett. Mens alle andre poster er integrert, så er dette en enkel post å stryke. Sånn at mange ved fakultetet har sagt at, jammen er ikke det en god idé? Og der føler vel jeg at det *overordnede* er en *støtte* fra fakultetet, selv om den har vært noe lunken i de mest opphetete diskusjoner.

Som sagt, temaet var et oppgitt tema, og konklusjonen min er at jeg syns vi har hatt et greit forhold til Det medisinske fakultet og har hatt de fighter og konflikter som hører med i en sånn situasjon hvor relativt ulike enheter til enhver tid kjemper om, uansett hvor høy grunnlinjen er, begrensede ressurser. Det har vært mange *kamper* – men at det har vært preget av *konflikt*, det syns jeg nok vil være helt feil.

Så, Stein, jeg har sagt det innad på instituttet også, jeg har sagt det til deg- og så kan jeg jo si når Stein sitter her, at når det gjaldt *undervisningen* og *utplasseringen*, så følte jeg meg tryggere på Steins dekanat enn det som fulgte etter.

*Øivind Larsen:* Da har jeg tegnet meg selv. For jeg har hørt på deg i dag. Du er jo blitt så snill og grei ettersom du er blitt eldre. Jeg tror ikke jeg har gått gjennom den samme utviklingen, jeg. For jeg syns i grunnen at fakultetet i en periode hadde et *fiendebilde* over seg. På den annen side, en felles fiende er veldig samlende innad. Det syns jeg var positivt – sånn i 90-åra og også litt etterpå.

Men vi hadde noen problemer hvor jeg tror fakultetet *ikke skjønnte hva vi sa*, altså. Og det var frustrerende. Vi pratet og forklarte at vi hadde problemer, og det ble sagt at det fikk vi rydde opp i.

Det var slik at vi hadde økonomien *sammen* for samfunnsmedisin og allmennmedisin. Og allmennmedisin hadde sin utplassering som ble dyrere og dyrere og som alle hos oss mente var en god idé. Men den ble jo bare dyrere og dyrere, og da ble det problemer for *de øvrige*.

Den gang, i store deler av den perioden vi nå snakker om, var det slik at *ledig lønn* var en slags sikkerhetsventil hvis det gikk galt. Men vi hadde ingen ledig lønn, for vi satt alle sammen i jobbene våre, og det var ikke noe ledig lønn. Så det var et problem. Så kom vi derhen at vi fikk «Oslo-96». Så begynte det å bli spørsmål etter *undervisningsregnskap*. Det var egentlig noe annet enn *pengeregnskap*. For undervisningsregnskapet gjorde at når samlet undervisningsmengde ble, om ikke *reduisert*, så ble den i hvert fall *forandret* i betydelig grad. Da ble forskyvningen forskjellig mellom de forskjellige grupper, og da oppsto en del problemer.

Så kom plutselig dekanatet og sa at dere er *bankerott!* Dekanus brukte det ordet i dag, og han brukte det da. Og så vidt jeg husker, så var det i størrelsesorden 500 000 av et budsjett på 40 millioner som var *bankerott*. Det ga grunnlag for bruk av det ordet.

Det skaffet oss en masse vanskeligheter. Og vi ble så, med den store mistenksomhet som vi oppfattet at dere hadde på fakultetet, til og med undersøkt, hjerte og nyrer, av firmaet Anderson Consulting. Og så vidt jeg kan få brakt på det rene, kostet det omtrent det samme som det underskudet som det var snakk om. Og det de kom fram til, var stort sett det vi altså hadde sagt at problemene besto i. Så jeg må si at høsten 1999, kjære tidligere dekanus, den vil jeg nødig ha om igjen!

Og i januar 2000 sa Dag Bruusgaard til meg på sin følsomme måte at «Jeg har fått lønnspålegg, jeg!», sa han. «For å rydde opp etter deg!» Da tenkte jeg at jeg burde kanskje hatt lønnspålegg, *jeg* – hmm –, for tort og svie!

Jeg vil si at *mine personlige* erfaringer, kjære tidligere dekanus, er at fakultetet var ikke så greit å ha med å gjøre i deler av den perioden vi snakker om!

Elin, du har bedt om ordet.

*Elin O. Rosvold:* Det er mange som sier at jeg ble *truet* med oppsigelse av Stein Evensen, men jeg er jo faktisk den eneste du *har sagt opp*. For da vi ikke hadde penger, så måtte vi skjære ned på stillinger, og de som ble sagt opp, det var blant andre meg. Det var mye som skjedde da. Men jeg – etter å ha jobbet uten lønn i to måneder – så kom jeg inn igjen, så vi kom vel til en enighet der.

Men jeg vil forresten bare takke deg for den gode erfaringen som jeg nå bruker som bedriftslege på Universitetet, da kommer det til nytte.

Men jeg må si som Dag Bruusgaard sier, at det var nok *dekanatet etterpå* som skapte størst utfordringer for meg. Fordi jeg da var leder for tiende semester og hadde utplasseringsordningen. Jeg ser nok med en liten bitterhet tilbake på at jeg brukte veldig mye av kreftene mine på å redde en ordning som var helt opplagt. Altså man var et klinisk hovedfag og skulle ha klinisk undervisning – selvfølgelig. Men vi måtte ta kampen hvert eneste semester. Vi mobiliserte med studentene som støttet oss masse. Men jeg ser jo den dag i dag at hjelpe meg! – kunne jeg brukt alle de kreftene på å lage bedre undervisning i stedet, så hadde min tid vært mye bedre brukt.

Så det var en kamp å stå i. Men jeg opplever jo nå at vi fikk nytt dekanat nå. Og jeg opplever at nå er vi fredet. Vi er også så godt støttet av de politiske tingene som nå skjer med samhandlingsreformen etc.

*Øivind Larsen:* Takk! Da er det Gunnar Bjune.

*Gunnar Bjune:* Jeg syns at Dag lot fakultetet slippe altfor lettvinnt unna. Men Evensen har ikke vært dekanus i tjue år, så han sitter ikke aleine med skylda. Fra tjueårsperioden kan jeg nevne et par tre andre ting hvor jeg opplevde at fakultetet var vår fiende. Det ene var spørsmålet om å innføre *mastergrader*. Fordi fakultetet var så fokusert på profesjonsstudiet for medisinerere at de synes ikke å ville anerkjenne at noe annet eksisterte. Det at vi *kom i gang*, skyldtes jo i virkeligheten bare at på den tida – det var ikke Evensen – fantes en dekanus som sa «Skitt la gå, start på egne midler, så får vi se åssen det går!» Så det var nå en bra ting.



Det andre var at dette med *postgraduale studier*. Det ble håndtert administrativt i fakultetet på en veldig vrien måte. Det var en – og er fortsatt – en dekanus for *undervisning* og en dekanus for *forskning*. Og forskningsdekanen tok seg av doktorgradsprogrammene, og undervisningsdekanen tok seg meget motvillig av mastergradene. Mens vi ønska å samkjøre dette og se det som en enhet, hvilket ble fryktelig vanskelig fordi fakultetet insisterte på en todeling.

*Øivind Larsen*: Da var det Stein Evensen.

*Stein Evensen*: Ja, det var jo i og for seg ganske velvillige kommentarer som har kommet så langt i denne saken. La meg fortelle hvordan jeg har sett dette i den perioden jeg har vært dekan. Jeg minner om at jeg var dekan fra 1998 til 2006. Så det er både noen foran meg og noen etter meg her.

Det var ikke et eneste institutt eller instituttgruppe som jeg besøkte så ofte som dette instituttet. Det var ikke noe sted hvor jeg mottok så mange tilbakemeldinger og som noen ganger var voldsomme. Det var få steder hvor jeg tror jeg selv la ned så mye interesse for å forsøke å rette på ting. Og det er i en leders oppgave å gjøre upopulære ting, sånn som for eksempel å si *nei*. Og jeg tror kanskje at hvis jeg skulle replisere noe til holdningene på instituttet, så er dette å si *nei*, noe som dere ikke visste nok om.

Holdningen et stykke på vei var «de hundre blomster, å la dem blomstre» – da jeg tok til. Opplevelsen min var at jeg møtte et «troll» med mange hoder. Og kanskje uttrykket *bankerott* er et dårlig uttrykk. Det vekker bare motstand og ikke egentlig noen refleksjon. La meg heller si det slik at det var umulig for fakultetet å få oversikt over økonomien ved instituttet. Det var årsaken til hvorfor dere ble i praksis *satt under administrasjon* en periode, mens vi slapp folk løs på dere for å prøve å forstå det bedre.

Jeg fastholder at det at dere ikke lar *ledelsesproblematikk* være en del av dette programmet, det oppfatter jeg som tankevekkende. Dere har vært veldig opptatt av at alle skulle få holde på med det de var interessert i, og det kan ha mye for seg. Men min oppfatning er at prioritering og ledelse er noe man trenger, enten man har god eller dårlig økonomi. Det forandrer seg ikke ved det.

Og det betyr *ikke* at noen skal fortelle dere utenfra hva dere skal forske på. Men at dere er tydelige på hva dere *vil mest* hvis ikke dere får lov til å gjøre alt. Dette syns jeg kanskje var litt av vanskelighetene og unnlatesyndene.

Men et par ord om hvor *leg/pasientforholdet*, altså *kommunikasjonsdelen* skulle ligge. Per Vaglum ringte til meg hvis jeg hadde snakket høyt om dette

i et auditorium, og var helt klar: «Dette rører du ikke ved!» Men argumentet som dere bruker her – at dere godtok at fagområdet gjaldt for hele fakultetet, hvorfor i all verden skulle det da ligge på *basalmedisin*? Da burde jo alternativet i hvert fall være at ansvaret lå innen *klinisk* medisin. Selv mener jeg at faget opplagt hører til *allmennmedisinen* og burde vært der.

*Eldremedisinen* var noe jeg også tok opp en rekke ganger – men det var ikke plass og interesse for det.

Og sånn var det nok også med «*School of public health*». Den saken var så vidt jeg har forstått, avslått før jeg kom. Jeg mener at «*School of public health*» ville være det enkeltstående og viktigste instrument for å bøte på en rekke av de problemer med å få samfunnsmedisin opp å stå, som dere i dag står overfor.

Det var også en mangel på forståelse for betydningen av *ledelse* innad i instituttet. Jeg tenker nå på *helseledelse*. Jeg mente at det var helt *nødvendig* til slutt å skille ut helseledelse. Helseledelse opplevde at de ikke fikk den støtte som var nødvendig fra instituttledelsen. Vi som satt i fakultetet, var bekymret over legers manglende engasjement i ledelse av helsevesenet. Det var noe fakultetet måtte adressere. Jeg noterer med en viss bekymring fra-været av Grete Botten her i dag.

Jeg tror det var det viktigste. Når det avslutningsvis gjelder spørsmålet om relasjonene – jeg har jo opplevd først og fremst Dag som instituttleder. Og det syns jeg har vært et helt greit og ryddig forhold. Det var ingen hvor samtalerne har foregått i så mange desibel som mellom oss to. Men jeg opplevde at det alltid var mulighet for å snakke klart og tydelig til Dag. Det fikk jeg også igjen. Og Dag gjorde en fabelaktig jobb på vegne av instituttet i fakultetsledelsen. Det ble verdsatt. Dag turte å legge ord på det som mange andre bare satt og tenkte lurt og strategisk over. Fra Dag fikk jeg høre hvordan det *egentlig sto til*, og det skal du ha takk for nok en gang, Dag.

*Øivind Larsen*: En saksopplysning: Både Grete Botten og Ole Berg var invitert til seminaret, men de sa nei takk.

Da har vi en lang liste her. Under neste innlegg som er Christian Borchgrevink, må jeg sette strek. Vær så god, Christian!

*Dag Bruusgaard*: Grete har jo ikke vært leder i den tiden de var en del av vårt institutt, så det var vel ikke å – og nå har de jo vært lenge utenfor, så det var vel ikke å – det er *ikke så veldig rart*, det kan være en grei nok (forklaring)– det var ikke helt naturlig at Grete var her i dag.

*Øivind Larsen*: Christian, vær så god!



*Figur 16: Anne Alvik. I bakgrunnen til høyre Tor Norseth og Arild Bjørndal, til venstre Terese Eriksen og Even Lærum. (Foto: Turid Jensen)*

*Christian Borchgrevink:* Bare et kort spørsmål, etter å ha hørt din innledning, Dag, hvorfor ville du ha sløyfet spørsmålstegnet?

*Øivind Larsen:* Da må Dag få en replikk.

*Dag Bruusgaard:* Det var en fleip.

*Øivind Larsen:* Da: Eva Kristensen.

*Eva Kristensen:* Jeg vil ikke kalle fakultetet for en *erkefiende*, men vi som har hørt til laboratorieseksjonen i alle år, føler jo at vi hadde fakultetet mot oss når det ble snakk om å legge ned seksjonen. Det var vel kanskje Dag som starta ballet med å si at vi skal legge ned laboratorieseksjonen og ikke ha biologisk tilknytning til samfunnsmedisin. Men når vi da kom til fakultetet, så var fakultetet også i mot. Og vi hadde støtte på seksjonen vår, for Gerd

og Espen var veldig behjelpelige med å prøve å få omgjort dette vedtaket, og som vi hadde håpet på. Jeg vet også at Ingerlill hadde mange møter med Bjørn Hol da det var oppe, hvor hun heller ikke var veldig ivrig på å iverksette dette vedtaket. Og vi var i møte med fagforeninger og holdt på for å prøve å få bli, og å få fortsette med laboratorievirksomhet på instituttet.

Og vi klarte jo etter hvert å på en måte trenere det– så vi fikk omgjort dette vedtaket. Og det vet jeg vel at Stein Evensen ikke var veldig blid for. Han ville vel helst at vi skulle ha vært ute med en gang, men sånn ble det nå. Og vi ble ikke flytta over før nå til jul. Så lenge klarte vi å holde ut. Men det kom jo av at våre vitenskapelige stillinger ble ikke erstatta igjen. Til slutt var det bare Arne Høstmark som var igjen. Han gikk av med pensjon i 2009. Da klarte vi å beholde å få være i Gydas vei, fordi Arne fortsatt hadde veiledning for stipendiater, og så fikk vi være der til også Ninas (Vøllestad) avdeling (for helsefag)skulle flytte.

Men vi følte at fakultetet var i mot oss i denne prosessen. Så sånn sett så har ikke vi akkurat vært blide for de vedtakene som da ble gjort. Og det ble prøvd i den prosessen hvor vi skulle flytte sammen på Frederik Holsts hus, å få tak i laboratorielokaler så vi kunne flytte dit. Men det ble det ikke noe av. Da ble det delt på to steder med brohodekontorer og en hel masse opplegg om at vi skulle fortsatt få være en del av instituttet. Men etter hvert ble det jo vedtatt at vi skulle flytte. Så sånn er det i korte trekk.

*Øivind Larsen:* Ja, takk! Da er det Gerd.

*Gerd Holmboe-Ottesen:* Bare tenkte jeg skulle følge opp med nyere historie, siden *jeg* ble leder. Da var det to saker som jeg syns har stått veldig i fokus. Det ene har allerede Elin sagt noe om, og det var *utplasseringen*. Jeg vil bare minne Elin om at utplassering ble faktisk ordnet under Finn Wisløff, forrige dekan. Det ble orden på sakene mer eller mindre på grunn av ytre krefter, på grunn av trender som skjedde både ute i Europa og i Norge, hvor det ble veldig aktuelt med *praksis* for studentene. Så det ble i hvert fall ordnet før Frode Vartdal tok til.

Så en annen sak som jeg har kjempet veldig for. Det var utarbeidelse av den nye *budsjettfordelingsmodellen* som var basert på *undervisning* og *undervisningsforpliktelse*. Den falt veldig uheldig ut for vårt institutt, på grunn av at vi forvalter småfag som i utgangspunktet ikke har så mye undervisning særlig knyttet til *profesjonsstudiet*. Det gjelder for eksempel *medisinsk historie*. Og den stillingen som vi da trodde vi kunne tilsette Anne Kveim Lie i, kunne ikke realiseres fordi det passet ikke inn i budsjettfordelingsmodellen. Det var altså ikke råd til å tilsette henne. Når hun da likevel fikk stillingen,

så skyldtes det at hun tok da ansvaret for de såkalte *nasjonale fag* (for utenlandske leger) og undervisningen der. Og på den måten fikk vi henne inn. Det var mange av oss som sto på, men Grete Botten gikk inn for dette, og også Finn Wisløff syntes at det var en veldig god idé da man fant på den løsningen.

Vi sliter fortsatt med budsjettfordelingsmodellen. Den er vanskelig fordi den er basert på et *undervisningsregnskap*. Nå må vi da altså *konkurrere* med de andre avdelingene ved det nye instituttet for Helse og samfunn, om hvem det er som egentlig har behov for flere stillinger eller for å fornye eller – hva skal jeg si – kunne tilsette nye når folk går av. Og der har vi ikke helt kommet i havn enda. Så vi får se hva det bringer. Du som spurte om det, Bjørgulf, det er en forutsetning for å få stillinger i dag at vi har undervisningsforpliktelser. Og det gjelder ikke for doktorundervisningen – doktorgradkursene bortsett fra de obligatoriske. De er med i budsjettfordelingsmodellen, men de valgfrie kursene.

*Øivind Larsen:* Ja, takk. Nå har vi problemet at vi er på overtid. Jeg har fem igjen, og hvis de da får ett minutt hver, så får vi akseptere det. Dag Bruusgaard pleier på sitt kontor å ha en såkalt «talestein», jeg vet ikke om dere har sett den. Det er en ganske tung stein, og så får man ikke lov til å snakke lenger enn man orker å holde den rett ut. Han har dessverre ikke den med i veska si, så tenk dere en imaginær talestein. Og da gir jeg ordet først til Per Sundby.

*Per Sundby:* Undervisningsformer, det hører vel med til disse byråkratiske tingene dere snakker om. Og jeg ser at to av mine gamle medarbeidere Bente Wilmar og Grete Stang, skulle vært til stede her. De var sentrale i spørsmålet om våre undervisningsformer. Deres stillinger er tydeligvis ikke blitt erstattet. Og poenget ved det var at i alle fall våre undervisningsformer var veldig basert på gruppeundervisning, ledet av sosialarbeidere, erfarne mennesker omkring aktuelle, problematiske personer i omsorgsstedene. En av dem var for eksempel Bjørnboe i sin tid. Han var jo en sprakende misbruker. Og poenget der var i grunnen at undervisningsformene på en måte skulle fremheve *uenigheten* i synspunktene på alle de tingene vi underviste i og ikke *enigheten*, og gi refleksjon omkring uenighetene. Det var liksom et poeng ved de undervisningsformene vi drev, da.

Det var egentlig ganske vellykket. Jeg har truffet veldig mange studenter etterpå, og de sier, – åja, du heter Sundby, jo. Ja, vi hadde en klinikk om det og det, og husker du hva du sa da, og husker du hva han derre som du hadde som klient, sa? – Og det var fordi det var diskusjoner innenfor de

studentgruppene som skulle legge dette frem, og at anliggendet i seg selv var veldig problematisk. Så det var i grunnen en *undervisning i håndtering av problemer*.

*Øivind Larsen:* Det var Gunnar Tellnes, du har ett minutt, tenk deg steinen på fem kilo.

*Gunnar Tellnes:* Det jeg erindrer fra den økonomisituasjonen ca. 1998, det vil jeg supplere litt til det som Stein Evensen og andre har sagt. Jeg erindrer at universitetet sentralt ikke klarte å levere økonomirapporter nesten hele det halvåret. Det tror jeg ikke har vært så mye fremme i debatten. Altså at vi var i en situasjon hvor vi ikke klarte å følge med på vår økonomiske situasjon. Det tror jeg gjaldt nesten hele universitetet og i hvert fall vårt institutt.

Det andre var det at da jeg overtok som dekan midt på sommeren 1998, så ante jeg økonomiske underskudd på fakultetet og instituttet og forlangte – sånn som jeg har erfaring med som styreleder i andre organer – at jeg *vil ha økonomirapporter som styreleder*. Da var det fakultetsdirektøren hevdet at det var *hans ansvar* å ivareta og etterse økonomien. Det satte jeg meg i mot og fikk da rapporter på hvert styremøte utover høsten. Da kom det mer og mer frem, ting frem fra skapet. Og Stein Evensen fortsatte som ny dekan den tradisjonen videre.

Så jeg tror de erindringene der bør være med i totalbildet. Takk!

*Øivind Larsen:* Da er det Anne-Lise Middelthon.

*Anne-Lise Middelthon:* Jeg tenkte bare jeg skulle si noen korte ting etter Stein til dette med den nye budsjettmodellen utover det Gerd sa, som jeg syns er viktig for historien og som dreier seg om manglende overordnet ledelse på fakultetsnivå. Å skjønne hva man *gjorde* med den modellen.

Hvis man tenker på et institutt som vårt, hvis man tenker seg at den budsjettmodellen som er i dag, skal appliseres som stor modell, altså uten at du har en overordnet helhet for alle småenhetene, så blir det en fordeling som vil underminere oss som *universitet* og gjøre oss til en *høyskole*. For hvis vi tenker på hvilke midler som dras inn til instituttet i dag, og som ikke gir oss uttelling for en stilling, så er det levering av doktorgradskandidater. Det er overheadmidler. Du får en liten del, men ikke størstedelen av det. Altså alle de tingene som vårt institutt er gode til å gjøre. Det du får uttelling på, på det lavere nivå, det er undervisning på master- og grunnutdanningen, altså det vi har *minst* av.

Det vil si at hvis du for eksempel er på *helseledelse og helseøkonomi* – mens vi hadde *tjue* doktorgrader i året, så hadde de *en til to, helsefag tre til fire*. Det vil jo si at vi får til hele overskuddet, som vi kan boltre oss på alle sammen, men de får igjen hvert øre de har tjent inn på masterne. Det mener jeg er helt vanvittig! Gerd og jeg skrev sammen og protesterte på dette da det skjedde. Og at ikke fakultetet så det som en urimelighet, altså hvis de ønsket at vi skulle være et universitet som skulle sikre noe utover mastergradene!

For det er klart at her sikrer du ikke folk som kan veilede til doktorgrader i en budsjettmodell. Det er økonomisk kaldkvæling på sikt, for det vil si at en del av grunnlaget går bort. Og det er kaldkvæling av oss som akademisk institusjon. For det vil bli mye mindre av doktorgradskandidater. Så sitter du igjen og har en god finansiering – eller en dårligere finansiering av profesjonsstudiene og masterne, fordi de vil ikke ha noe i tillegg som vi tar inn til helheten og som spres jevnt utover. Og det er en helt vanvittig form for ledelse. Nettopp som ikke ser at du godt kan lage en sånn modell på et høyt nivå, men så kan du ikke applisere den mekanisk på et lavere nivå, for da blir det galt. Jeg kan ikke skjønne hvor de hatt hodet sitt i fakultetet. Jo det vil si hodene satt egentlig på de som hadde mest nytte av budsjettmodellen, sånn som den ble!

*Øivind Larsen:* Da er det, kort, Morten Lindbæk:

*Morten Lindbæk:* Bare for å supplere litt om situasjonen da den verste krisa holdt på. Da var vi underbemannet som det var, og vi overlevde så vidt ved hjelp av noen vikarer så vi kunne få gjennomført det viktigste av undervisningen. Men resultatet av nedskjæringen ble at de vikarene ble skjært bort, altså til sammen to halve stillinger. Så da var det for så vidt rett før allmennmedisin kunne ha endt med brukket rygg. Men det ble heldigvis ikke slik.

*Øivind Larsen:* Arild Bjørndal.

*Arild Bjørndal:* En kort kommentar, fordi jeg jo er opptatt av noe av det som *ikke* diskuteres her. Jeg vil understreke det Stein sier. Det er noen elementer i det med prioritering og samling av ressurser som fortsatt er vanskelig for meg og som jeg trenger å forstå hvis vi skal analysere denne historien. Vi kan jo rett og slett tenke at sammenligner du dette instituttet med enheter mange andre steder, så kan det hende at det er noe strukturelt helt gærent med det. At det for eksempel er for mange mennesker som er profesorer som ønsker hver sine ting, i en situasjon med en utilstrekkelig øko-



nomi. Så den typen av grunnlag – og for så vidt det du sier om økonomi-modellen – er med på å forklare på en litt grunnleggende måte hvorfor ting er blitt som de er blitt.

Aller sist hadde jeg lyst til å følge opp det med «School of public health». For jeg var med i noen av de diskusjonene. Vi hadde blant annet et utvalg som Grete Botten ledet på et visst tidspunkt, og jeg greier ikke å huske helt hvorfor det kokte bort i kålen. Én grunn var helt ekstern, og det var at Norge fortsetter å betale mye penger til Nordiska Hälsovårdshögskolan i Göteborg. Det var syv-åtte millioner allerede på midten av 90-tallet som gikk ut fra statsbudsjettet og dit. Og jeg husker at det var noen utenfra som også trykket på og sa at vi kan ikke opprette noe konkurrerende i Norge på det. Hvilket selvfølgelig var en helt dustete vurdering som man bare skulle kjørt over.

*Øivind Larsen:* Den siste på lista er Jørund, før da, hvis Dag ønsker –

*Jørund Straand:* Da må jeg først takke Dag for kabinettspørsmålet på Sundvollen. Det er av fulle folk og unger man skal høre sannheten, heter det. Men Dag er også en sterk personlighet som da var i stand til å matsje den sterke personligheten som da var dekanus. Ellers hadde jeg da kanskje vært i Bergen fortsatt!

Til den historikken som Morten nevnte med stillingene som ble fjernet, og seinere konflikten rundt utplasseringsordningen. Vi syns jo det var en uhyrlighet at forslaget i det hele tatt kom opp. Det skapte en virkelighetsforståelse hos oss om at dekanatet var våre motstandere.

Altså: Vi hadde den forståelsen at dekanatet ikke var til for å hjelpe oss, de var til for å gjøre livet surt og vanskelig. Det var sånn vi opplevde det. Og vi skal jo erindre, og da får vi være ærlige. Man gikk med skjelvende ben om man skulle ta noen ting opp med dekanatet. Det var stor avstand. Det var høytidelig og det var strengt. Og kampen om å få budsjettet, for eksempel vedrørende utplasseringen overført til en fellespott på fakultetet, sånn som det er nå blitt, den var meget langdryg og kanskje unødvendig lang.

Selvfølgelig så kan man si i ettertid at Det medisinske fakultet er en utrolig stor organisasjon, med over 900 ansatte. Mange kryssende hensyn å ivareta, så hvordan man skal utøve faglig ledelse på en ivaretakende og inkluderende måte i en sånn stor organisasjon, det er i hvert fall ytterst krevende. Så jeg ser jo at dette at miljøet ikke føler seg ivaretatt når det spisser seg til, det reflekterer også at vi rett og slett har en veldig stor organisasjon som innebærer veldig ledelsesutfordringer for å klare å få dette til



*Figur 17: Arild Bjørndal, Tor Norseth og Stein A. Evensen. (Foto: Turid Jensen)*

– ikke til å fungere som en produksjonsbedrift, men som en akademisk, ivaretagende og utviklende læringsorganisasjon.

*Øvind Larsen:* Dag, ønsker du noen ord til slutt?

*Dag Bruusgaard:* Nå husker jeg ikke hvor prosessen med laboratoriet og Gydas vei begynte, men jeg påtar meg et vel så stort ansvar som dekanatet. Når det var kommet ned til én vitenskapelig stilling og tre teknikere, var det å opprettholde et moderne laboratorium på den størrelsen, med behov for fornyelse av instrumentpark og sånn, det følte jeg også var uforsvarlig. Så jeg gikk inn for den endringen.

*Stein Evensen:* Dekanatet ønsket entydig å nedlegge enheten.

*Øivind Larsen:* Da avslutter vi denne bolken. Da er det slik at nå må vi vise hvor effektive vi er. Vi har jo tidligere dekanus her, som nå kan se hvor effektive vi kan være – hvis vi vil. Det blir bare et kvarter på hele neste bolk. Og allikevel har vi en forskyvning, slik at kaffepausen blir klokken 15. Gunnar Bjune. Vær så god!

### **Samfunnsmedisinen går utenlands – utviklingen siden 1990**

*Gunnar Bjune:* Kjære venner! Tjue års historie for noe så forvirrende som veikrysset *internasjonal helse* i løpet av sju minutter, det kan bare bli mulig hvis vi skroter alle detaljer og leiter etter noen lange linjer og tanker, forhåpentligvis, og krefter som ligger bak det vi har opplevd sammen.

Derfor skal jeg argumentere for at vi i løpet av disse tjue årene har opplevd to paradigmer, og sannsynligvis er på full fart inn i det tredje. Men siden vi på seksjonen også har vært sterkt skyldig i å gjøre sydenturer til en anstendig, faglig aktivitet, og vi har røtter også i tropemedisin, så gjør jeg oppmerksom på at med alle paradigmer så følger det både nye tanker og skumle ting som vi godt kan kalle parasitter.

*Den første perioden*, altså fra 1990 til 2000, den kunne vi kalle *vi og dem-perioden*. Den er kjennetegnet først og fremst av tradisjonell bistands-tenkning. Faget *internasjonal helse* ble egen skabelon på universitetet ved at Staffan Bergström ble ansatt som professor med ansvar for resten av verden i 1992. Han var intenst opptatt av *fattigdommens anatomi* som han kalte det. Forskjellen på u-land og i-land, nord og sør kunne forklares med økonomisk politikk. Og botemidlet var på en eller annen måte vår kunnskap, våre penger. Norge hadde også utvikla seg fra en fattig, bitteliten koloni til et rikt og moderne samfunn på ganske kort tid. De fleste i Norge trodde nok at en slik utvikling fulgte en slags naturlov. De som var mindre utvikla enn oss, de kunne bare lære hvordan vi hadde fiksa det. Sjukdommer rammer mennesker som fysiologisk sett er ganske like. Så medisinske løsninger var nok sikkert universelle. HIV-pandemien og gjenoppvåkningen av tuberkulosen medførte en svær optimisme med hensyn til vertikale programmer som vi for øvrig nettopp hadde lært oss at vi skulle forakte.

Internasjonal helse smelta sammen med *bistand*. Og aktørene var alle på en eller annen måte *misjonærer*, spesielt de ikke-religiøse blant dem, vil jeg si. «Health education» var et vidunderlig begrep. Det fikk oss til å tro at vi hundre år tidligere hadde greid å disiplinere tuberkulose og lepra og den norske underklassen.

Det er da visse parasitter i dette. Og dessuten, kanskje vi misjonærer overvurderte vår kapasitet som undervisere og veiledere. Dette ble veldig svært, og det ble ikke så mye tid til tenking. NUFU-programmene ga oss en

mulighet til å erfare at likeverd med partnere ute var en bedre vei å gå. Erkjennelsen av at det som skaper helse og vanhelse, var gjenkjennelig alle steder på kloden, var med på å skape et nytt begrep som vi kan kalle *global helse*.

Midt i all likheten trenger vi allikevel alle en identitet. Og kanskje er det ikke tilfeldig at Palestina, Tibet og Etiopia har blitt spesielt varige venner i dette nettverket. For det er land med høy bevissthet om egen historie. Mange av våre andre samarbeidspartnere har blitt frarøva historien sin i kolonitida. Så kanskje historiefaget og den øvelsen vi nå gjennomgår her, er et like viktig verktøy som vaksiner i å fremme folkehelse på lang sikt.

Verdien av *ulikhet* i forhold til *kompatibilitet* ble ble slående i et EU-prosjekt som vi kjørte på latent tuberkulose. Vi hadde fra norsk side idéene og koordinerte arbeidet, England hadde basisteknologien, Mexico utvikla den videre og Etiopia bidro med ferske lik i fra bytrafikken sin. Og resultatet ble faktisk et paradigmeskifte i verdens syn på latent tuberkulose og en svær artikkel i «The Lancet».

At sjukdom og helse bestemmes i en kompleks virkelighet, medfører også at mange fagkulturer skal kunne spise av det samme trauet. Kvantitativ- eller kvalitativ-kampen, monografi eller korte artikler, en eller flere forfattere, metodologisk perfektjonisme eller praktisk pragmatisme, det er kulturkamper som har fulgt med på lasset, og som stadig irriterer og stimulerer oss.

Internasjonalt har perioden vært dominert av god ledelsesstruktur – at god ledelsesstruktur løser alle problemer. På en måte har det vært nyttig for samfunnsmedisinen, fordi det har brakt helsesystemet i fokus. Men samtidig har det skapt pustevansker for akademisk frihet, for mangfold og for kreativitet. Et kjennetegn med moderne ledelse er at det er veldig vanskelig å komme i kontakt med lederen.

Til slutt klarer jeg ikke å motstå fristelsen til å si to ord om framtida. Parallelt med globaliseringa øker ulikhetene i levekår og helse, men ikke lenger etter simple geografiske grenser. Mens sjukdomsbyrden konsentrerer seg om de fattige, eksploderer helsetilbudet for de rikeste. Det er jo der kjøpekrafta er. Konkurransen er ikke bare tenkt som en drivkraft i det private produksjonsapparatet, men også for å øke produksjonen i Universitetets varer – studenter, kunnskap og tanker.

Og noen tror at alt kan telles og veies. Kravet om at vi skal være nyttige blir bare sterkere, og «lille frøken forsker» bør akte seg vel for «minister med lommebok» når hun er på «frierferd». I tillegg til det som skjer i Nord-Afrika og Midtøsten, er det tre globale revolusjoner i gang. Ingen av oss veit om disse revolusjonene vil ende i rødt eller mørkeblått. Det er revolusjonen innenfor *bioteknologi*, innenfor *IKT* og selve *globaliseringsrevolusjonen* på

det økonomiske planet. Men vi veit ett sikkert, og det er at *global samfunns-helse* vil være vel så viktig i morgen som i dag.

De tre paradigmene som jeg har prøvd å beskrive, er altså: *Vi- og dem-perioden* fra 1990 til 2000. *Vi-perioden* hvor vi ser på likeverdig fellesskap og komplementaritet fra 2001 til 2010. Og fra 2011 har jeg kalt *hva-perioden*.

*Øivind Larsen:* Ja, takk skal du ha! Er det noen – da benytter jeg selv anledningen mens dere tenker på om noen skal ta ordet- og så stiller jeg et spørsmål til allmennmedisinerne: *Samfunnsmedisinen går utenlands – utviklingen siden 1990*. Vi som bekjenner oss til den samfunnsmedisinske delen av vår institusjon, vi hadde en utplassering av studenter til utlandet, og som vi oppfattet som ganske vellykket. Men der var dere i mot med brask og bram og nebb og klør en ganske lang periode. Kan dere nå, tilbakeskuende fortelle litt om *hvorfor*?

*Per Hjortdahl:* Det kan jeg gjøre, siden jeg var midt oppe i den debatten. Vi opplevde vel at samfunnsmedisin og anvendt samfunnsmedisin ikke ble tilstrekkelig undervist i Norge. Norske studenter fikk ikke nok kunnskap om den anvendte samfunnsmedisin slik de ville møte når de kom ut i praksis. Så vi mente det var uforsvarlig å la studenter, noen av dem, ca. ti prosent, tror jeg, mellom ti og femten prosent av alle de norske studentene være utplassert andre steder, hvor de da fikk til dels veldig *god undervisning* og i *spesielle* samfunnsmedisinske oppgaver. Spørsmålet var på hvilken måte fikk de bearbeidet dette når de kom tilbake, og på hvilken måte fikk de delt den med de andre studentene? Dette gikk da begge veier. Det opplevde vi som mangelfullt. Så vi var faktisk rett og slett bekymret for kunnskapsnivået om *norsk, anvendt samfunnsmedisin* for medisinerstudentene våre.

*Øivind Larsen:* Ja, takk for den klargjøringen. Da har jeg to på lista her, det er først Anne-Lise og så er det Johanne.

*Anne-Lise Middelthun:* Den utplasseringen skjedde i sekstende termin. Og i forhold til hva vi har snakket om før, så hadde det også den fordel at for en gangs skyld så *skrev* studentene lengre ting – som nå selvfølgelig kompenseres med semesteroppgaven – og de sa at det var første gang de gjorde det.

Men det jeg hadde tenkt at jeg skulle si på den biten her, er at det som er viktig, og som man har *klart* på dette instituttet i de årene, det er ikke bare det å gå utenlands, men det er å *generere materiale*, empirisk materiale

fra mange land som også kan fungere som *komparativ til norsk sammenheng*. Det tror jeg nettopp mange av studentene gjorde, selv om de ikke visste nok om Norge – og jeg tror ikke det var så lite – så hadde de faktisk en erfaring som gjorde at de kunne se den *norske virkeligheten i relieff*.

Og jeg tenker at det er noe en har tapt som var uheldig. Det med også klare å utnytte, få til den tenkningen, at du ikke bare studerer hvordan det er i Etiopia, men vi har også komparative materialer, sånn at du kan se deg selv i kontrast og se hva som er kontinuitet i forhold til andre land. Og der har i hvert fall dette instituttet vært unikt. Og det ligger, mye materiale som man har og som kan brukes aktivt og som er skaffet gjennom perioden fra 1990 til 2010!

*Øivind Larsen:* Johanne!

*Johanne Sundby:* Jeg var jo med ganske lenge. Jeg kom til instituttet i 1994. Og jeg husker innmari godt diskusjonen rundt studenter i undervisningen. Vi har hele tiden hatt et dilemma rundt studenter og undervisning og globalisering og nasjonale interesser. Og jeg føler vi ofte har hatt studentene på vår side, for de vil gjerne *skjønne noe* om verden. Mens vi ikke alltid har vært med på det sjøl. Men vi har nå vært et sted hvor de har kunnet komme, og de har nå kommet, og de har nå gått igjennom på den ene eller på den andre eller på den tredje måten, ettersom hva som har vært mulig å få til.

Når vi skal drive en *undervisningsinstitusjon*, så skal vi både *utdanne* folk og til en viss grad sørge for at de utdanner seg med en viss *dannelse*. Og dannelsesprosjekt er alt fra filosofi til det jeg kaller global dannelse, altså forståelsen av hvordan verden henger sammen – med et mindre snevert blick enn bare Oslo vest. Så jeg har hele tiden holdt meg i både-og-situasjon. Jeg har både sett på verden sånn som den er i de fattigste delene av den, og så har jeg sett på ting hjemme. Jeg har holdt meg på en måte på forskningsfronten også hjemme. Og det syns jeg har vært en veldig viktig akse i det globale perspektivet, nemlig å bruke det globale å se på verden i Norge. Altså hvordan problemer ute i verden manifesterer seg i det norske, for eksempel med innvandrermedisin eller med dilemmaer som kommer fordi vi er en del av en globalisert verden. Men også Norge i verden. Altså hvordan Norge er aktør på den store bistandsscenen og med politikken.

Utover det så er en viktig bit av det vi har bidratt med den tunge og lange veien som går ut på å prøve å få folk som aldri har lest noe annet enn Bibelen og som har vokst opp ved en fattig elvebredd, til å faktisk ta doktorgrad. Det syns jeg er ganske unikt at vi har fått til! At vi som jobber i global helse, har plukket opp flinke kandidater fra den store verden og fått

dem igjennom til forskere og fått dem tilbake til de landene de kommer fra, hvor de faktisk er samfunnsaktører på et veldig høyt nivå. Og det er jeg veldig stolt av, det er noe av det jeg er *mest stolt av* i min yrkesaktive karriere, å bidra til bitte små skritt i verden på bakgrunn av det vi har gjort på vårt institutt. Så selv om vi på en måte overlever, kanskje på tross av, mer enn på grunn av - - -.

Så har jeg også en annen ting som jeg synes har vært veldig bra, og som jeg har lyst til å bringe fram her, og som handler litt om administrasjon. Vi har hatt vår egen lille struktur for drifting av det vi har holdt på med, masterstudiet og etter hvert doktorgradsstudiet. En egen struktur i det «store trollet» hvor vi har hatt en veldig demokratisk ledelse, hvor vi har snudd alle steiner i fellesskap og fått det til å humpe og gå, til tross for at vi noen ganger er så overarbeidet at vi flyr på sykemelding og alt mulig sånt. Så jeg vil løfte det fram og si at det er likevel det er en liten juvel, altså.

*Øivind Larsen:* Da er det Stein. Den siste som får ordet, det er Espen, før Gunnar eventuelt får ordet til en oppsummering.

*Stein Evensen:* Jeg har en liten bekjennelse å komme med her. Gunnar, du sa at det var ikke alltid så god tid til å tenke. Når det gjelder min relasjon til ditt engasjement og Johannes engasjement, vil jeg si at var det noe som karakteriserte de kontaktene, var det at de ikke alltid var så *ryddige*. Men bevare meg vel for et *engasjement*. Det var kanskje heller ikke noe enkelt-område av medisinen hvor man fikk så mye igjen for det som var investert som dere klarte å få ut av de pengene og de ressursene dere hadde.

Og jeg vil, siden det er erindringer, si at utdelingen av eksamensdiplomer på masterutdanningen hos dere var noe jeg alltid gledet meg til. Jeg var veldig stolt av fakultetet i den forbindelse.

Det hører jo også med til å være dekan at du reiser utenlands. Jeg vil få lov å understreke hva Johanne sier, at det var grunn til å føle seg stolt når man kom rundt og hørte hvordan nettopp toneangivende personer i Sør-Afrika, i Tibet, de snakket om innsatsen som de hadde opplevd fra Universitetet og først og fremst Det medisinske fakultet. Så dette skal dere ha, innsatsen har satt varige merker.

*Øivind Larsen:* Espen!

*Espen Bjertness:* Jeg har lyst til å si litt om betydningen av dette mastergradsprogrammet, og hvordan *internasjonal helse* hos oss har jobbet for å lage et solid miljø innen *global helse*. Den dugnadsånden det var til å begynne med





Figur 18: Eva Kristensen, Morten Kvisvik og Irene Auke. (Foto: Turid Jensen)

da mastergradsprogrammet ble laget, var vi mange som bidro til. Men vi hadde midler fra kvotefinansieringen, det må vi huske på, hvor vi fikk kandidater fra våre samarbeidsland, og også NUFU-finansieringen. Vi fikk inn mastergradsstudenter og så gikk vi videre. De som var gode av mastergradstudentene, fikk vi inn på doktorgradsprogrammet. Og samarbeidspartnerne våre i sør så dette opplegget, og de skjønte at her var det skikkelig og grundig arbeid og samarbeid på lik linje, selv om vi selvfølgelig bidro med midlene. Men mastergrad, plukke ut de beste, doktorgrad – var et glimrende opplegg. Og det skal Gunnar og medarbeiderne ha ros for!

*Øivind Larsen:* Gunnar, har du noen avsluttende bemerkninger?

*Gunnar Bjune:* Ja, for det ene, skal en skrive historie, ble kanskje denne siste runden litt for nær et *minnesamvær*.

Jeg kan legge til på den positive siden at det som er viktig å merke seg, og som har en relasjon til det vi hørte om fra sosialmedisin, er at dette faget som egentlig ikke er noe fag, nemlig *internasjonal helse*, ikke har tapt på at alle fagmiljøene nå er omtrent like mye internasjonalt orientert. For allikevel er det behov for en gruppe som jobber spesifikt med det. Men det har vært like berikende for oss alle sammen.

Så vil jeg peke på en negativ side som jeg ikke rakk å komme inn på, og det er at i likhet med det som også har vært fokusert i forbindelse med en

del av de andre fagene, så er de som gir oss penger, i en ganske skummel grad retningsgivende for hva vi gjør. Og det var derfor jeg delte det inn i disse paradigmen. Fordi det å komme seg fra det første *vi-og-dem-paradigmet* og til *vi-paradigmet*, altså et likeverdig samarbeid, har vært fryktelig tungt og har vært en *kamp mot* dem som finansierer det. Og jeg tror den kampen som ligger foran oss, nemlig kampen mot de som vil gjøre norsk innsats i global helse til et politisk instrument for norsk utenrikspolitikk, den kampen skal bli vel så blodig.

*Øivind Larsen:* Ja, jeg takker for både innledningsinnlegget og for debattantenes. Det er sånn at – til analogien med minnesamvær – da pleier det alltid å være kaffe. Og det er det nå også, der ute. Da begynner vi 1515 presis igjen.

---

*Elin O. Rosvold:* Da setter vi på båndspilleren igjen. Vi opplevde vel at i forrige bolk var det en del frustrasjoner som *måtte* ut. Og vi lot det ta den tiden behovet var til stede. Vi er nå i gang med siste hovedbolk. Den skal i første omgang vare til klokken 1630. Hvor vi av praktiske hensyn, fordi det skal dekkes til middag her inne, klokken 1700 skal forflytte oss over til auditoriet, hvor vi skal ta en oppsummering og etterpå få et foredrag rundt filmen «Kongens tale» og etiske refleksjoner rundt det.

Men temaet nå går på undervisning og på hva folk *utenfor oss* har forventet av oss som institusjon. Og første tema er da:

## **Helsemyndighetenes ønsker til universitetsfagene allmenn- og samfunnsmedisin**

*Elin O. Rosvold:* Tidligere helsedirektør Anne Alvik!

*Anne Alvik:* Jeg vet jo ikke hvor mye spennende jeg egentlig har å fortelle dere. Men noen små streiftanker har jeg. Og temaet er oppgitt, «Helsemyndighetenes ønsker til universitetsfagene allmenn- og samfunnsmedisin». Da oppfatter jeg det slik at dette gjelder helsemyndighetenes ønsker i den tyveårsperioden *som nettopp er passert*. Ikke helsemyndighetenes ønsker *fra nå av*. Som jeg ikke vet så veldig mye om, som Magne og andre vet mer om, men som sikkert kunne vært veldig interessant. Men det er ikke sikkert at akkurat de ønskene er så veldig forskjellige heller fra de ønskene som var i de tyve årene.

I disse tyve årene som vi erindrer i dag om, var jeg i ledelsen i Helsedirektoratet i de første ti, som assisterende helsedirektør de første to årene og som helsedirektør fra 1992 til 2000. Senere har jeg jo ikke vært plassert

i noen helsemyndighet. Jeg har vært delvis plassert i en «observatør-anomalirolle» på instituttet, og har hatt stor glede av det. Så utkikkspunktet mitt er jo ikke helt perfekt for den siste delen av tyveårsperioden når det gjelder helsemyndighetene.

Det er andre ting også med denne tittelen jeg har fått enn ønskene som var i den perioden, fra min plassering. Det er også dette med hva *mener vi* med *allmennmedisin* og *samfunnsmedisin*?

*Allmennmedisinen* er blitt rimelig veldefinert. Hva mener vi med *samfunnsmedisin*? Det har vi diskutert mye før i dag, uten at noen egentlig har gitt svarene. Det står i oppgaven min *universitetsfaget samfunnsmedisin*, for nå å snakke om samfunnsmedisin. Det er kanskje noe annet på universitetet i Oslo enn på det tre andre universitetene som har medisinske fakulteter. Og det er nok noe annet enn den medisinske *legespesialiteten* samfunnsmedisin, uten at jeg skal gå nærmere inn på det nå.

Men det jeg har sett av samfunnsmedisinfaget disse seks-syv årene hvor jeg har hatt denne for meg veldig fine plasseringen ved instituttet, det er at jeg ikke riktig vet *hvem* som egentlig vet hva det er man legger i begrepet samfunnsmedisin. Vi har hatt elementer av *arbeidsmedisin*, det er jo nå ikke synlig lenger. Vi har hatt *sosialmedisin* som noe med tyngde og som kanskje kommer tilbake. Og så ikke minst *trygdemedisin*. Disse fagene har deler av seg innenfor samfunnsmedisin, som altså jeg definerer som *gruppe- og befolkningsrettet medisin*. Men de har også viktige deler av seg *utenfor* samfunnsmedisinen. Og om det virkelig er noe miljø innenfor instituttet i disse årene som har vært kjernemiljø, et *samlende kjernemiljø* for samfunnsmedisinen, det har ikke jeg noe godt svar på.

Hva ønsket helsemyndighetene? Da må jeg også spørre, hva er *helsemyndighetene*? For meg var det det daværende Helsedirektoratet først, og så Statens Helsetilsyn, Folkehelse og så videre. Og man kan godt ta med departementsnivået, først Sosialdepartementet. En ting som er litt interessant, er at Sosialdepartementet i begynnelsen av den tiden vi snakker om, hadde en *trygdeavdeling*. Senere er det jo diverse omorganiseringer i departementsstrukturen om trygdespørsmål, og dermed er for eksempel den departementsinteressen vi kan se for trygdemedisin, nå i et annet departement enn Helse- og omsorgsdepartementet. Når det gjelder arbeidsmedisin har det vært Kommunaldepartementet, senere Arbeidsdepartementet, som bør være interessert i det.

Det jeg sier med dette, er noe jeg opplevde i den tiden jeg var i ledelsen i Helsedirektoratet, senere i Helsetilsynet. Nemlig at linjene innenfor hver departementssektor gikk inn sentralt mot departementet. Samordningen mellom de forskjellige departementene skal skje på samme måte som for

enhetene innenfor IASAM, de skal koordinere seg og samarbeide. Det skjedde ikke alltid så godt som det skulle. Det var vanskelig å få til samarbeid mellom avdelingene i Helsetilsynet. Det var vanskelig, tror jeg, å få til samarbeid mellom seksjonene og enhetene innen IASAM. Og det var og er, tror jeg, vanskelig å få til godt nok samarbeid mellom departementene.

Derfor tror jeg det har vært ulike ønsker fra myndighetene. Og jeg må si at de departementene som har med trygdemedisin å gjøre, de er et slags helsedepartementer; f. eks. det departementet som har med arbeidsmedisin å gjøre, er jo et slags helsedepartement. Slik at ønskene, sånn som jeg oppfattet dem, kan ha vært forskjellige.

Men jeg tror nok at det viktigste ønsket fra departementer og myndigheter i denne tyveårsperioden har vært ønsket om fortsatt å styrke *undervisningen*. Man tenker mer på undervisningen enn på forskningen, enn på formidlingen kanskje også. Styrke undervisningen i allmennmedisinen og samfunnsmedisinen – fortsatt styrking av *allmennmedisinen* i tillegg til den styrkingen som lenge hadde vært der, og en styrking av *samfunnsmedisinen*. Men så tror jeg altså at departementene, og myndighetene ellers, ikke har ikke vært flinke nok til å sørge for den styrkingen. Man har ikke alltid kommet opp med de pengene som universitetet gjerne ville ha, og man har kanskje også vært for forsiktig. Fra Helsedepartementets side og fra Helse- direktoratets og Helsetilsynets side har man også følt en viss tilbakeholdenhet. Kunnskapsdepartementet og hva det nå het tidligere, er jo universitetenes departement. Man har nok følt seg litt forsiktig frem.

Jeg kan nevne ett eksempel. Og det var den intense debatten som var om medisinerundervisningen om *hypotyreose* for en del år tilbake. Blant annet ved talspersonen Per Egil Hegge som var veldig pågående overfor min sjef den gang, Torbjørn Mork, om å *instruere* universitetene, i hvert fall Universitetet i Oslo, om hvordan man skulle undervise i hypotyreose. Da sa Mork til Per Egil Hegge at det er ikke helsemyndighetenes oppgave å *instruere* universitetet i *hvordan de skal undervise*. Det har Hegge aldri klart å akseptere som et svar.

Men dette er bare et lite eksempel på at myndighetene nok har *ønsket* at den og den og den siden ved undervisningen skulle styrkes. Men man har likevel vært litt forsiktig og litt tilbakeholdne. Dette har altså å gjøre med *fagdepartementsrollen* kontra *universitetsdepartementsrollen*. Det er en viktig diskusjon som jeg ikke er helt à jour på nå, men som jeg tror alltid vil være aktuell, og som ikke jeg har noe endelig svar på.

*Elin O. Rosvold:* Takk skal du ha! Da skal vi åpne for debatt. Da kan Dag få begynne.

*Dag Bruusgaard:* Det jeg har vært opptatt av, er *akademiets* forhold til *helsemyndighetene*. Jeg har vel særlig opplevd det rundt *allmenntilleggsmedisin* og mener å ha også personlig erfaring både fra Sverige og Danmark, hvor det er mye tettere bånd, altså oftere kommunikasjon, oftere diskusjon.

Det som er aktuelt nå, er *kommunehelsetjenesten* og *sambehandlingsreformen*, hvor altså vi har et Kommunenes Sentralforbund som ikke vet hva helse-tjeneste er, hvert fall ikke hva legetjeneste er, det har de ikke brydd seg noe om. Mens jeg altså har opplevd politikere i Danmark på samme nivå som kjenner dansk allmenntilleggsmedisin godt.

Så jeg tror det har vært en fare for sammenblanding som har gjort at man ikke har kommunisert. Jeg har også personlig erfaring – på den positive siden – fra Norge, for Bjørgulfs og min stilling ble finansiert over Sosial- og helsedepartementet. Da hadde vi regelmessige møter med Departementet. Det var spennende møter. Departementet blandet seg ikke opp i hva vi gjorde i det hele tatt. Jevnfør denne debatten i Aftenposten for noen måneder siden – før jul – om departementet som altså forlanger å ha hånden med på rattet når det gjelder tolkning og hva som skal publiseres. Men våre «føringsoffiserer» i Departementet var så forsiktige, men vi hadde altså veldig spennende møter.

Og i forbindelse med det allmenntilleggsmedisinske programmet har vi også hatt en del spennende møter med Departementet. Men det er *ikke noen kanaler med en løpende diskusjon* mellom akademi og det medisinske fakultet. Men hvert fall nede på instituttsnivå har vi løpende kontakt. Det blir mer ad hoc-kontakt.

Så jeg etterlyser nærmere diskusjon. Men så er det jo at det dreier seg om *penger* igjen, da. Hvis det ikke kommer noe penger utav det og noe mer støtte til forskning og undervisning, så blekner interessen noe. Vi hadde det fine med Departementet at de finansierte våre stillinger pluss en stipendiat. Og så hadde de noe driftsmidler som vi kunne søke om *direkte til departementet* etter de diskusjonene vi hadde hatt med dem.

Det jeg ser for meg nå, er at helsemyndighetene bruker disse pengene på to måter, enten via NFR, og mister da delvis selv kontrollen med dem, eller de legger FoU ut på anbud. Og vi hørte for noen år siden: «Er dere ikke inne på «Dolfin» hver dag?» Det er vel dere andre, går jeg ut fra. Men det er altså der de offentlige anbudene legges ut. Der må vi være tilstede for å kunne innlevere anbudstilbud om forskjellige ting som myndighetene ønsker.

Men ved NFR og anbudsordningen har de jo innført en avstand mellom de akademiske miljøene og helsemyndighetene hvor jeg gjerne skulle ha



Figur 19: Dag Bruusgaard, Christian Borchgrevink og Per Hjortdahl. (Foto: Turid Jensen)

sett at det ble en mer direkte kanal. Jeg tror faktisk en har ting å snakke om, og at det kan være fruktbart for begge parter.

For å ta det rent interne, så hadde vi nylig også et møte på Seksjon for sosialmedisin med folk fra Departementet. Det var kjempespennende, men det var en ad hoc-event. Så jeg tror helsemyndighetene har ønsker og forventninger, men jeg synes det bare kommer *indirekte* frem. Jeg skulle gjerne hatt mer *direkte kanaler* hvor man kunne diskutere dette. Og i våre dager er det jo høyaktuelt. Det er klart at de har forventninger til oss. Men hvis det bare skal kjøres via NFR og «Dolfin», så vet jeg ikke --- «Doffin»! Det er *derfor* jeg ikke har vært inne der hver dag – ja, akkurat – ja, nettopp, da skal jeg begynne i morgen!

*Elin O. Rosvold:* det er greit å få avklart feiltastinger også på sånne seminarer. Vi har to replikker her, det var Gunnar, var det replikk eller innlegg?

*Gunnar Bjune:* Det var et slags innlegg...

*Elin O. Rosvold:* Da venter vi litt. Da replikk fra Øivind.

*Øivind Larsen:* Når du nevner forbindelsen med Departementet, bør vi for historiens skyld nevne at da vi holdt på med prosjektet *sosiale miljøfaktorer*

og helse, hadde vi ganske tette kontakter med Departementet ved Hans Ånstad som var invitert her i dag, men som dessverre ikke kunne komme.

*Elin O. Rosvold:* Da har jeg tegnet meg selv. Jeg kan si at vi har hatt god erfaring med Helsedepartementet i forbindelse med *utplasseringssaken*, da, hvor det sies – jeg har bare fått det referert, jeg var ikke til stede – at daværende statsråd Hanssen mer eller mindre satte seg på vår daværende dekan på et dekanmøte på Svalbard, og sa at: «Du *rører ikke* utplasseringsordningen i allmennmedisinen!». Vi har hatt veldig mye kontakt og dialog med Departementet i den saken. Der var det veldig nyttig for eksempel å ha statsråder som er allmennpraktikere og også tidligere praksislærere hos oss. Så vi bruker jo det vi har av kontakter!

Men en sak som vi har ergret oss litt over de siste ti årene, har vært denne *tiårsplanen for psykiatri* som Direktoratet satte i gang for nå over ti år siden. Hvor *allmennlegene* ikke var nevnt som en ressurs i forhold til psykiatri i primærhelsetjenesten. Og hvor vi følte at det kanskje var andre fagområder som hadde ansvaret for dette i Direktoratet og dermed ikke så på allmennlegene som aktuelle aktører. Vi har svart på dette ved at vi har styrket undervisningen i psykiatri for allmennmedisin ved å gi studentene våre en innføring i *kognitiv terapi*, som vi begynte med for et par år siden. Bare for å vise at faktisk de aller fleste psykiatriske pasienter med lettere sykdommer, de behandles i allmennpraksis av fastlegene.

Da går vi videre på listen til Anne-Lise.

*Anne-Lise Middelthun:* I begynnelsen av denne perioden har jeg samme ståsted som Anne. Sånn at når det gjaldt forventningene til universitetet fra helsemyndighetene, så kan vi ta HIV-epidemien, der man har en ganske fin historie, hvert fall på allmennmedisinbiten her, på at Universitetet var *sett* fra det nasjonale AIDS-teamet. Institutt for allmennmedisin var et sted hvor folk *kom og deltok*.

Jeg tror det var en forventning om at man bidro med den særegne kunnskapen man hadde inn i forskjellige utvalg. Og dere deltok også i folkelige organisasjoner som LMA (Landsforeningen mot AIDS) og starten av det der der – i egenskap av å komme derfra.

Det samme gjaldt resten av Det medisinske fakultet med både Stig Frøland og Stein til å begynne med, selvfølgelig. Saken med bløderne ble fort løst med Johan Brun osv., men det er jo ikke ved dette instituttet.

Av og til var vi representert og bidro, fordi det var forventet at vi var med. Og så hadde man selvfølgelig *Helsedirektørens rådgivende utvalg* av forskjellige sorter som man forventet at folk deltok i med den kunnskapen



man hadde. Jeg vet ikke om det var noen fra dette instituttet som deltok. Men det er viktig å tenke på hvilke råd man var med i.

Universitetet var også et sted man kunne henvende seg hvis man hadde et behov. For eksempel kom Helsedirektoratet og AIDS-teamet og leverte meg, med penger til to år ved instituttet, for de ville gjerne vite noe om *unge homser*. Så fikk jeg NFR-penger etterpå. Det var en slags «mykhet» i det at du kunne gjøre slike ting. Man kunne henvende seg direkte til disse stedene, sånn som dere gjorde, enten det var Direktoratet/Helsetilsynet eller departementet.

Så skjer det en strukturell endring – det var relativt store forskningsmidler i forvaltningen og relativt mindre i NAVF. Du får etableringen av Forskningsrådet, hvor noe av poenget var at pengene skulle gå inn i de *store programmene* i NFR. Det førte til at det på en måte ble mer penger. Men det ble mindre mulighet for sånne initiale initiativer og spesielle ting.

Og der tror jeg vi har gjort mye mer enn vi klarer å komme på nå. Vi har deltatt i *som institutt* i en ganske organisk interaksjon *med forvaltningen*, hvor man samtidig tok vare på *egenarten og autonomien som universitet*.

*Elin Rosvold:* Da har vi fem talere på listen og fem minutter igjen. Da setter jeg strek under Bjørgulf Claussen sitt innlegg, og så skal Anne få lov til å oppsummere til slutt.

*Bjørgulf Claussen:* Dag Bruusgaard nevnte allerede at vi har vært på en masse møter i Departementet angående trygdemedisin. Jeg hadde lyst til å nevne et par andre positive erfaringer også. Det ene er at Helsedirektoratet nedsatte en ekspertgruppe på *sosiale ulikheter i helse*. Der ble noen av oss invitert. Vi har vært på mange møter der. Det er veldig positivt og veldig mye bra som den ekspertgruppen har fått i gang og satt oss i forbindelse med hverandre og sånne ting.

En annen, kanskje enda mer positiv erfaring, er at jeg er blitt invitert til en litt lukket gruppe hos direktøren for Helse og sosial omsorg i Oslo kommune. Oslo kommune har ingen penger til forskning og kommer vel heller ikke til å bruke noe, de har vel vært bankerott de siste tjue årene, tror jeg. Men det har vært kontakter og kunnskaper og erfaringer. Og det blir noen prosjekter utav det, på forskjellige måter.

En negativ erfaring til slutt. Helsedirektoratet lagde en plan for diabetesomsorg i Norge. Da jeg hørte det, tok jeg kontakt med dem for å fortelle av vi drev med forebygging av type-2-diabetes her i Oslo. Og det ville saksbehandleren overhodet ikke høre om. Og det tror jeg rett og slett kommer av at de ikke hadde noe penger, og de var redd for at hvis vi fikk noe

av dette inn i planen, så skulle vi etterpå komme for å spørre etter penger. Så det er ikke «bare, bare» å samarbeide med offentlige organer heller!

*Elin Rosvold:* Nei! Da er det Gunnar Bjune.

*Gunnar Bjune:* Werner Christie som var den første helseministeren vår, hadde faktisk en åpningsforelesning for de internasjonale studentene våre i mange år, som het nesten akkurat det samme som emnet du har fått i dag. Og det som er morsomt, er at han snakka hvert eneste år om behovet for *bakkenær samfunnsmedisinsk forskning*, altså egentlig på *kommune- og fylkesnivå*. Og vi lurte ofte på hvorfor i all verden hadde han ikke praktisert det på *nasjonalt nivå*? Så det er kanskje et område vi skulle tenke nærmere over i framtida, og for eksempel gjøre høyskolesystemet mer aktivt som *hjem* for dem som vi utdanner i *samfunnsmedisinsk forskning* til å gjøre *bakkenær forskning*.

Du nevnte også hypotyreose- diskusjonen. Det vakte minner, fordi jeg satt på den tida i et styre sammen med Per Egil Hegge, så jeg hørte historiene fra hans side. Jeg tror du tar feil i at han, på lang sikt i alle fall, var skuffa over at helsemyndighetene ikke kunne *instruere* universitetet i å endre undervisninga si. Jeg tror han innså at det måtte være en *fri kritikk* et eller annet sted imellom her. Og det som vi lett glemmer, er at – når en sånn som Per Egil Hegge først spilte det ut – vi i Norge har etablert en ganske svær mengde med forvaltningsorganer som gjør omtrent det som han den gangen ba om! Men som ikke har ansvaret for utdanninga av personale! Folkehelsas volum når det gjelder samfunnsmedisinsk aktivitet overstiger langt vår avdeling. Og det sier kanskje litt om at vi har feila. Men det betyr også at departementet og myndighetene ellers har et svært behov for et forvaltningsorgan som kan servere dem det de trenger til å gjennomføre det de har på den politiske agendaen. Desto større blir behovet for å ha *et universitet som er kritisk og fritt og uavhengig*.

*Elin Rosvold:* Viktige ord fra Gunnar Bjune. Da går vi videre over til Gunnar Tellnes.

*Gunnar Tellnes:* Jeg vil bygge litt videre på det du sa der, for når det gjelder å få finansiering fra sentrale myndigheter, så handler det, tror jeg, mye om *tillitsoppbygging*. Og du kan si at på slutten av åttitallet, fra 1987 til 1990, bygget vi opp en viss tillit i forhold til sentrale myndigheter når det gjaldt trygdemedisin. Det kom tre stillinger på statsbudsjettet i 1991, og vi fikk faktisk et nytt professorat i 1994 fra et annet departement enn Sosialdepar-

tementet, nemlig fra Gudmund Hernes. Det ble gitt via de ordinære rammenene til Universitetet. Men det ble skrevet i tilleggsbrevet at det skulle øremerkes. Hernes anførte i brevet at det skulle øremerkes til et ekstra *professorat i trygdemedisin*, og det er den stillingen jeg sitter i nå.

Det betyr at det kan være en utfordring når det gjelder den kritiske rollen. For er man *for kritisk*, særlig når man sitter i nærmest departementfinansierte stillinger sånn som Bjørgulf og Dag har gjort, kan det jo hende at tilliten ikke opprettholdes så lett. Og at det da ikke er så lett å få forskningsmidler. Det er litt av dilemmaet ved å sitte på Universitetet og samarbeide med myndighetene og være samfunnskritisk.

Men jeg tror det fortsatt er muligheter for den type finansiering. Dette går i *konjunkturer*, og jeg har fulgt med på dette. Vi har stort sett fått penger siden 1984 til trygdemedisin fra departementene, frem til og med 2009. Det har gått i konjunkturer, noen ganger bare henviser de til Forskningsrådet, men så plutselig kommer de med penger. Forskningsrådet skal hjelpe til å bedømme søknader, men pengene kommer som ekstrabevilgning. For eksempel til funksjonsprosjektet som vi fikk penger til for noen år siden. Så det er et dilemma. Men samtidig er det et potensial her for å kunne utvikle nye fag, og det kan jo hende at faget *velferdsmedisin* har et nytt potensial hvis vi fremmer det.

Jeg kan bare nevne at siste uken før påske inviterte plutselig Arbeidsdepartementet seg opp til oss i løpet av et par dager. Om de kunne få komme opp til oss og snakke om *helse og medisinens betydning for arbeidslinja?* De hadde fått i oppdrag å utrede dette. Det tok jeg som et tegn på at her kan det hende at det er signaler om at vi bør være på banen og kanskje få friske midler.

*Elin Rosvold:* Takk, Gunnar. Da forventer jeg to korte, konsise innlegg fra Jørund og Arild. Vær så god, Jørund!

*Jørund Straand:* Nevner et annet eksempel på kreativt samspill mellom *helsemyndigheter* og *akademi*. Det var vel på slutten av 90-tallet at det vel var Helsetilsynet som kom med forslag om å etablere et *reseptbasert legemiddelregister*. Da blei det fluksens etablert noe som het Norsk forening for farmakoepidemiologi som meldte seg på banen som en aktiv aktør som jeg var aktivt med i, var med å stifte, og med Kari Furu, som var stipendiat på vårt institutt. Det ble også gjort mange strategiske innspill og samarbeid med Helsetilsynet som gjorde at dette fra å være et rent tilsynsverktøy, ble et forskningsbasert register, et *forskningsregister*, et *kvalitetsregister*. Og Kari fikk også jobben i Departementet for å berede grunnen og planlegge regis-

teret, som har været en viktig kilde seinere. Så det sprang delvis ut av vårt institutt. Det er viktig å ha med seg det i historikken.

Flere på instituttet deltok også i utarbeidelse av *handlingsplan mot antibiotikaresistens* som igjen har beredt grunnen for at vi har fått *antibiotikasenteret for primærmedisin* som er en viktig del av vårt miljø.

Vi hadde et prosjekt som var veldig viktig for vår oppbygging, og som var finansiert via midler fra Legemiddelmeldingen, prosjektet *kollegabasert veiledning*.

Og når det var nevnt disse forskningsenhetene, så var utgangspunktet her faktisk «Stortingsregjereri», altså det var Stortingets helsekomité som instruerte regjeringen om å komme tilbake til Stortinget med *hvordan man skulle styrke allmennmedisinsk forskning*. Og så kom den prosessen som Dag fortalte om og erfaringen fra Danmark – hvor dette var en viktig markering fra helsepolitikken også. Men nå ser vi dette veldig tydelig i forskningsstrategien til HOD også, hvordan de løfter fram den anvendte allmennmedisinske forskningen som skal foregå via de allmennmedisinske forskningsenhetene. Så jeg synes dette har vært veldig kreativt og verdifullt for oss, i alle fall i de siste tiåra, hvordan vi har klart å bygge oss opp igjennom samvirke med helseforvaltningen.

*Anne-Lise Middelthun*: Vi må huske på Johanne og Kvinnehelsemeldingen også!

*Elin Rosvold*: Takk, Jørund! Da ble Johanne og Kvinnehelsemeldingen også nevnt, så vi noterer oss at den også var viktig her. Da er det Arild til slutt før Anne får siste ordet.

*Arild Bjørndal*: Bare noen små kommentarer. Det er litt pussig at dere bare diskuterer penger her, fordi hele universitetet er jo i all hovedsak finansiert via et annet departement, som Anne påpekte her. Slik at når Dag sier at det er bare interessant å samhandle med departementet så fremt vi kan hente noe ekstra penger der, så blir det en pussig måte å se det på, synes jeg. Fordi helsemyndighetene er satt opp for å drive tjenesteutvikling og fremme tjenestekvalitet. Og de vil jo etterspørre hva er universitetets bidrag til det.

Da må på en måte dette instituttet være med på å ha en slags *selvforståelse* som kunne arte seg slik at vi vil være et *fritt og uavhengig og kritisk miljø* som ikke egentlig vil involvere oss i *tjenesteutvikling*. Eller vi vil være på *støttesiden og samarbeide* og være temmelig uavhengige – ikke helt uavhengige – men ikke først og fremst ha *penger* – ha dollar – i blikket!

Det er interessant å høre på – Jeg tror at dette skisma som det egentlig er, etter min erfaring fra ledelsen i Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet og i Kunnskapscenteret, dette skisma er mellom Universitetet og den praktiske tjenesteutøvelsen og tjenesteutviklingen. Det er noen styrker ved det, kanskje, sett fra Universitetets side. Det er noen svakheter ved det, ville jeg tenke. Man fratar seg muligheter for innflytelse og engasjement. Det har kanskje noe med noe av den diskusjonen vi har hatt tidligere i dag om hvorfor – ja – hvem som skal påvirke praksis.

En viktig konsekvens blir nettopp det noen så vidt nevnte, nemlig at det vokser fram en serie av andre institusjoner som forvalter den mer anvendte forskningen og tjenesteutviklende forskningen på ulikt nivå, både når det gjelder primærforskning og når det gjelder kunnskapsoppsummeringer osv.

Vi har i tillegg Folkehelseinstituttet som altså nå drar en milliard, mer enn en milliard kroner over statsbudsjettet. Statsbudsjettet gir Norges største gavepakke, fordi at om Folkehelseinstituttet heter det i loven at de skal drive helseovervåkning – hva det nå enn er – drive vaksinearbeid og drive helseforskning. Og for det får de så mye penger. I tillegg har vi mange andre institusjoner.

Hvis en hever seg opp i «makro» her, er det grunn til å se at når man avgrenser seg fra å interagere med virkeligheten slik Universitetet til dels gjør, mister man også store muligheter for arbeid og oppgaver som da andre vil overta. Mens i andre land, for eksempel, mangler man den sektoren som har blitt veldig stor i Norge, og som der ligger inne i *det anvendte universitetet*, som har en sterk interesse for å være med også når det gjelder tjenesteutvikling og tjenestekvalitet.

*Elin Rosvold:* Jeg begynner å skjønne hvorfor vi forskere får gjort så meget i løpet av et døgn. Det er fordi vi har veldig *lange minutter*. Ville du si ett eller to ord om Kvinnehelsemeldingen?

*Johanne Sundby:* Noen flere ord. Men jeg ble faktisk spurt i 1997 eller noe sånt om jeg ville lede NOUen om *kvinnehelse i Norge*. Jeg vet ikke hvorfor jeg ble spurt, og det var mange som spurte meg – hvorfor ble hun spurt, liksom, og ikke den eller den. Men det kan ikke jeg svare på, for det var ikke jeg som spurte, jeg sa ja.

Den NOUen som vi leverte i 1999, har vel egentlig stått ganske solid. Selv om de rådene vi kom med, har blitt tatt opp litt her og litt der, og ikke alle har blitt tatt opp. Det som var trist, det var jo at vi hadde en professor II i kvinnehelse som ble diskontinuert, fordi hun som fikk stillingen etter



*Figur 20: Jan Helge Solbakk. (Foto: Turid Jensen)*

Kirsti Malterud, ikke egnet seg for jobben. Og det tok kjempelang tid og var veldig vanskelig å få utlyst den stillingen. Det tok fem eller seks år. Nå er den utlyst, og antakelig får vi en professor der. Men det var litt synd, fordi vi anbefalte at kvinnehelse skulle legges til alle fakultetene med et kvinnehelseprofessorat i hel eller delt stilling. Og kvinnehelse i Oslo ble lagt til Rikshospitalet i stedet for til samfunnsmedisin. Jeg tror at litt av grunnen til det var at man ikke så at det var en stor interesse for kvinnehelse, bortsett fra jeg da, den gangen – og noen få til. Det er nå så.

Etter at jeg satt i kvinnehelseutvalget, ble jeg også spurt om jeg ville sitte i Sandman-utvalget om sykemeldinger og uføretrygd. Det var de som lagde alle disse retningslinjene for funksjon i stedet for sykdom og sånn. Da ble

det også stilt spørsmål om hvorfor jeg ble valgt til å sitte der, og hvorfor ikke en hel masse andre som kan mer om trygder og sånn. Men det vet jo ikke jeg, men jeg tror det var *kvinnehelsealibiet* der også, da. Da fikk vi dratt kvinnehelsespørsmålet inn i den diskusjonen, og det tror jeg var ganske nyttig. Men etter det har ikke jeg jobbet så mye med offentlige ting på den måten. Bare som en liten opplysning.

*Elin Rosvold:* Takk skal du ha, Johanne. Vi har jo også vært tungt inne i Statens råd for ernæring, hvor vi for tiden har formannen, Haakon E. Meyer. Kort oppsummering fra deg, Anne!

*Anne Alvik:* Ja, det er vel mer et par kommentarer. Det var fint du nevnte, Elin, *Handlingsplanen for psykisk helse*. Allmennlegens, fastlegens holdning der er selvfølgelig helt sentral. Jeg har bare også lyst til å supplere deg med at det gjelder hele ikke bare kommunehelsetjenesten, men kommunens tjenester for øvrig – altså psykiatriske sykepleiere, det gjelder helsesøster, skolehelsetjeneste, og det gjelder ikke minst barnehager, hvor man tidlig kanskje kan få tak i dem som trenger en innsats for å hjelpes før ting går for langt.

Så har jeg bare lyst til å knytte til det som du sa, Arild. Universitetet – én ting er om universitetet skal sitte og vente på at det kommer et tilbud om en oppgave med en pengesekk. En helt annen ting er at det jo må være veldig spennende for Universitetet selv å *gripe de utfordringene* som endringene i samfunnet, nye offentlige dokumenter, nye lover, osv. gir. Å ta dem, uansett om man får noe mer penger eller ikke. For det må være det som er morsomt, å forske og undervise på det som nå kommer til å begynne å røre seg mer enn før.

*Elin Rosvold:* Takk skal du ha, Anne! Da raser vi videre, litt på etterskudd her. Vi skal gå videre til temaet: Samarbeidet med andre aktører på fagområdene 1990-2010. Tor Norseth, du har gitt fra deg det innlegget du hadde på tyve minutter og skulle prøve å være litt kortere. Det håper vi du klarer.

### **Samarbeidet med andre aktører på fagområdene 1990-2010**

*Tor Norseth:* Jeg skal ikke bare være kortere, jeg skal snakke om noe annet. Jeg vet ikke hvorfor jeg har fått oppgaven å snakke om *andre aktører*. Om jeg betraktes fra Statens Arbeidsmiljøinstitutt som en annen aktør, eller om jeg har fått jobben om å snakke om andre aktører fordi jeg etter femogtredve år i toerstilling ved IASAM og Institutt for forebyggende medisin og Hy-



gienisk institutt ikke har greid å få opp arbeidsmedisinen som et viktig fag ved Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin ved Universitetet.

Da Statens arbeidsmiljøinstitutt ble forsøkt gjort om til et aksjeselskap, solgte vi instituttet som et uavhengig institutt, som et *arbeidslivets akademia* med stor støtte, sterkt støtte av LO og NAF til Departementet. Og de *måtte* kjøpe det. Så de gjorde oss ikke om til et aksjeinstitutt. Vi opptrådte da som et slags arbeidslivets akademia på arbeidsmedisinenes område. Det er imidlertid ikke nok. Statens arbeidsmiljøinstitutt er et institutt som greier å kombinere tjenesteyting for samfunnet og rollen som uavhengig forskningsinstitutt. Men *arbeidsmedisinen* og *miljømedisinen* trenger i dag en *akademisk sterk basis*, på samme måte som allmennmedisin i sin tid trengte det, for å få gjennomslag i samfunnet.

Arbeidsmedisinen har de siste tjue årene som denne perioden jeg skal snakke om omfatter, blitt styrket betydelig fra helsemyndighetene, selv om helsemyndighetene ennå ikke aksepterer *bedriftshelsetjenesten* som en *skikkelig helsetjeneste*. For eksempel de siste årene har de arbeidsmedisinske avdelingene rundt om i landet – og Statens arbeidsmiljøinstitutt – fått en betydelig tilleggsbevilgning på grunn av for eksempel oppstyret omkring helseskader i oljeindustrien på grunn av kjemisk eksponering, og tannlegeassistenter som har fått den idé at de er kvikksølvforgiftet. Arbeidsmedisinen innenfor IASAM har aldri hatt noen sterk stilling. Allerede på Hygienisk institutt var riktignok Haakon Natvig leder av det såkalte Bedriftslegerådet. Og Øivind Larsen drev i mange år sitt tidsskrift for bedriftsleger.

Men *arbeidsmedisinen* eller *miljømedisin* og *arbeidsmedisin* slo ikke igjennom. For eksempel Walter Lindbergs meget forutseende og banebrytende arbeid om forurensning i Oslolufta og dødelighet, fikk ikke noe særlig støtte og ble ikke funnet særlig interessant på det gamle Hygienisk institutt og Institutt for forebyggende medisin.

Nå leste jeg naturligvis i forbindelse med dette møtet nylig en artikkel av Øyvind Næss og medarbeidere fra HUBRO om dødelighet i Oslo og forurensning. Det var en meget interessant artikkel. Jeg lette etter referanse til Lindberg der, men man kunne kanskje ikke vente å finne en sånn historisk referanse.

Det er blitt gjort mange forsøk fra krefter utenfor Universitetet til å få frem arbeidsmedisinen eller miljømedisinen om man vil, som fag. Jeg satt i mitt første utvalg i 1975. Da oppdaget universitetet i Oslo at det var noe som het *forurensning*. Og de nedsatte et utvalg under ledelse av Øivind Larsen. Og utvalget leverte en sunn, god innstilling, syns jeg, som inneholdt nødvendigheten av å introdusere medisinske studenter for at miljøproblemer kunne påvirke helse, skisserte et opplegg med fellesklinikker i den kliniske

delen og en sammenbindende tekst mot slutten av studiet. Jeg husker uten glede klinikker med pasienter UFA og UFB<sup>12</sup>, som naturligvis ikke gjorde det mulig å gå i dybden på noe som helst. De feilte alt mulig rart og hørte kanskje heller hjemme i sosialmedisinen.

Det neste utvalget kom i 1986. Da hadde det vært en del krefttilfeller på Falconbridge som var publisert. Igjen en ytre begivenhet som på en måte tvang frem en innstilling om utbygging av akademisk yrkesmedisin ved universitetet i Oslo. En meget god innstilling som fremmet forslag til to akademiske stillinger i tillegg til den jeg hadde. En som skulle gi akademisk bakgrunn for bedriftshelsetjenesten. Ingen av de stillingene ble opprettet, jeg vet ikke hvorfor. Og bedriftshelsetjenestens akademiske grunnlag ble senere lagt til Universitetet i Bergen. Jeg tror Øivind Larsen var med på det, egentlig.

Den siste store oppgaven var *kandidatstudiet i arbeidshelse*. Det kom også som et resultat av denne innstillingen for oppbygging av arbeidsmedisin ved Universitetet i Oslo. Den leverte en innstilling i tre punkter: Innføring i begynnelsen av studiet, klinikker. Og det førte faktisk til en rekke klinikker på neurologisk avdeling, hudavdelingen og lungeavdelingen. Hudavdelingen holdt lengst ut. Og det var en positiv, god erfaring. Det var jeg som var arbeidsmedisinens alibi i klinikkene.

Det kan kanskje forklare hvorfor arbeidsmedisin ikke slo igjennom. At vi da vi innførte disse klinikkene, så spurte vi universitetslærerne i kliniske fag om de tok hensyn til miljøet og arbeidsmiljøfaktorer osv. i sin undervisning, og alle gjorde det. «Naturligvis gjør vi det,» sa de. Så spurte vi studentene etterpå, og de hadde ikke hørt noen ting om det.

En av grunnene, altså vedrørende dette kandidathelsestudiet, det gikk galt fordi det var få leger som var interessert i det. De hadde nok for store forventninger til det. Det ble drevet i en prøveperiode på fem år og ble nedlagt etter fem år. Det siste kullet hadde én lege som deltaker. Deltakerne på det studiet hadde ikke de korrekte kvalifikasjonene, syns jeg da.

Det var et studium som ble utarbeidet av Det medisinske fakultet sammen med Det juridiske fakultet og Samfunnsvitenskapelig fakultet. Det ble finansiert av Næringslivets hovedorganisasjon, Yrkesorganisasjonenes sentralforbund, Kommunal- og arbeidsdepartementet og Sosial- og helsedepartementet. Så det hadde stor ekstern støtte. Da det ble nedlagt, var det en del penger til overs, penger til å dekke en to-tre stillinger, og Kollegiet anbefalte at studiet skulle fortsette, men Det medisinske fakultet ønsket ikke det. Så i Det medisinske fakultet og Kollegiet var det enighet om at

---

12 Uten fast arbeid/uten fast bosted.

disse pengene skulle brukes til å styrke faget arbeidsmedisin ved Universitetet i Oslo, men de pengene forsvant et eller annet sted. Det ble ingen styrking av faget.

For å si litt om hvorfor jeg tror *en akademisk tyngde* for arbeidsmedisin er viktig. Det ser ut som den medisinske profesjon med sitt humanistiske syn på bruk av naturvitenskapelige data er en virkelig blanding – medisin er jo både et *humanistisk fag*, slik som jeg ser det, og et *naturvitenskapelig fag*. Det forsvinner, fordi det kommer flere og flere realister inn i sentrale fagstillinger. Blant annet i lederstillingen på Avdeling for miljømedisin på Folkehelse, der er det en realist som sikkert er velkvalifisert, som har fått stillingen. Og lederstillingen på Statens arbeidsmiljøinstitutt bekles fra høsten av, av en kjemiker. Jeg kjenner ham godt, han er velkvalifisert, god på sitt område, men han har ikke bakgrunnen *ansvar for syke mennesker* som leger lærer opp til å føle, som gir kravet til en blandet humanistisk og naturvitenskapelig innstilling.

Disse to personene i disse lederstillingene mangler altså den *narrative kraft* som medisinen har. Jeg har i mine nesten førti års ledestilling på Statens arbeidsmiljøinstitutt erfart at det ikke er noe som er bedre til å overtale administratorer og politikere enn *sanne historier fra virkeligheten* når det gjelder sykdom og mennesker. Det kjøper de så det gyver! Og hvis man da kan spe på littegrann og lage det litt dramatisk, så sier de, er det to millioner du vil ha eller tre millioner, ikke sant? Da sier jeg, nei kjære, ikke så mye som to, jeg vil bare ha halvannen million. Og da får jeg det. Statens arbeidsmiljøinstitutt har en god økonomi.

*Fra salen:* Behøver de å være *sanne*, et det ikke nok at de er *fra virkeligheten*?

*Tor Norseth:* Jo, det er nok at de er *fra virkeligheten*, de behøver ikke å være helt *sanne*. Men det er fantastisk hvor stor kraft sånne historier har!

Jeg mener altså at det er viktig å opparbeide arbeidsmedisin på Universitetet som et *akademisk fag*, med trykk på *akademia*. Så kan samarbeidspartnere ta seg av den faglige utredningen, den praktiske faglige utredning.

Det er mange institusjoner i Oslo-området som kan være samarbeidspartnere for Universitetet i Oslo. Jeg vil naturligvis fremheve Statens arbeidsmiljøinstitutt, men også Avdeling for miljømedisin på Nasjonalt Folkehelseinstitutt, Arbeidstilsynet, som nå riktignok har sitt hovedkontor i Trondheim, og naturligvis bedriftshelestjenestens faglig organisasjoner.

De to arbeidsmedisinske avdelingene i Oslo-området, den på Rikshospitalet og den på Ullevål, er nå slått sammen til én avdeling på Ullevål, en

avdeling for miljø- og yrkesmedisin, som naturligvis også er en meget opplagt samarbeidspartner.

Så det er i hvert fall tre muligheter til toerstilling som styrke for en hovedstilling i arbeidsmedisin ved instituttet, nemlig en toerstilling på STAMI, en på Ullevål og en på Nasjonalt Folkehelseinstitutt.

Jeg er klar over at epidemiologien tar man godt hånd om nå, men ikke den generelle arbeidsmedisinen. Jeg vet naturligvis at Petter Kristensen holder utmerkete forelesninger, men det er ikke nok.

Jeg mener også at man trenger akademisk medisin innenfor den merkelige institusjonen som nå heter Klif. Dere vet hva Klif er, ikke sant? Vet dere ikke hva Klif er? Det er Statens klima- og forurensningsdirektorat.

Vi har en relativt lett oppgave hvis vi vil gi arbeidsmedisinen en akademisk tyngde. Miljø- og forurensningsmedisinen i Norge er imidlertid etter min vurdering en *ren suppe*, og en lite velsmakende suppe. En dårlig smakende suppe.

Ja, egentlig er vel det det jeg har å si. Altså: Jeg har dessverre feilet i min femogtredve års tid i toerstilling på instituttet! Arbeidsmedisinsk undervisning er blitt dårligere og dårligere, men det er nødvendig å styrke arbeidsmedisinen akademisk bakgrunn for å få gjennomslag. Nå vil man jo ha et universitet på hvert nes, ikke sant? Fordi *akademia* er en slags uavhengig kvalitetskontroll på den informasjonen man gir.

*Elin Rosvold:* Ja, med to ordstyrere som begge har ben i arbeidsmedisinen, aksepterte vi jo at du byttet tema. Det syns vi var greit. Vi har fått inn tre som ønsker innlegg her, og setter strek allerede under første for å komme videre i programmet. Per Hjortdahl:

*Per Hjortdahl:* Jeg vil si noe om samarbeidet med andre aktører. Men hvis det er et poeng til Tors arbeidsmedisin, så syns jeg vi skal ta det først.

*Elin Rosvold:* Da går vi videre til Gunnar Tellnes. – Du venter – er det til arbeidsmedisinen?

*Gerd Holmboe-Ottesen:* Jeg hadde bare lyst til å følge opp deg, Tor. Da jeg ble leder for Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin, så var noe av det første jeg gjorde, å forsøke å få til noen toerstillinger i arbeidsmedisin. Jeg syns det var og er ille at ikke arbeidsmedisin er et akademisk fag hos oss. Jeg var først på STAMI for å snakke med direktøren der, og tok med meg Dag Bruusgaard. Vi kom ikke heldig ut av den samtalen der. Det ble i alle fall ingen støtte til professor II i arbeidsmedisin.

Senere var jeg i kontakt med Arbeidstilsynet, og heller ikke der lyktes det å få noe finansiering for en professor II. Det er jo ille at medisinstudiet ved Universitetet i Oslo som med flest studenter ikke kan gi skikkelig undervisning i arbeidsmedisin! Det synes jeg. Det er et veldig viktig fag.

*Elin Rosvold:* Da var det også et spørsmål til Tor fra Øivind?

*Øivind Larsen:* Mitt spørsmål er til Stein Evensen. For i den perioden da du var dekanus, fikk vi tilbud fra Folkehelsa om fullfinansierte professorater II som kunne styrke samarbeidet med eksterne samarbeidspartnere. Men du sa *bent nei*. Kan du forklare hvorfor?

*Stein Evensen:* Under Tors innlegg nå så har jeg faktisk sittet og strevet med å huske den saken, for jeg erindrer at det kom et slikt tilbud og det ble nøye diskutert i dekanatet. Men jeg klarer faktisk ikke her og nå å rekapitulere det. Men det var en del viktige argumenter som vi hadde som talte i mot dette, som jeg altså dessverre ikke klarer å erindre. Beklager!

*Elin Rosvold:* Vi går vi videre med litt mer med samarbeid med andre aktører. Da var det Per Hjortdahl først:

*Per Hjortdahl:* Det har vært mange aktører vi har samarbeidet med. En av de viktigste er Legeforeningen. Legeforeningen har vel vært en god samarbeidspartner i de tyve årene som har vært, både når det gjelder økonomi og fag. Det ble spurt litt tidligere hva er fagutvikling og i hvilken grad bør akademiet befatte seg med den. Der har vi et samspill, og der har vi vært gode. Det er jo Legeforeningen og Legeforeningens underavdelinger som har informert oss med veldig mye av fagutviklingen.

Økonomien har kommet gjennom fondene fra Legeforeningen. Det var de som startet allmennmedisin. Det var forsøk for samfunnsmedisin på tilsvarende måte, og det har vært fonds som ha støttet store prosjekter. Disse har vært knyttet opp til legers videre- og etterutdanning. Denne strukturen er i endring.

Det er vel kjent etter hvert, at fra september i år er det det offentlige som tar over ansvaret på nytt, *tar tilbake ansvaret* for utdanning av *spesialister i medisin*. Og ved det tar de tilbake en god del av pengene som har vært tilført Legeforeningen i den forbindelse. Det betyr at mye av det vi har fått som eksterne pengemidler vil tørke inn.. Vi vil ikke lenger ha den økonomiske støtten fra Legeforeningen som vi har tydd til i mange sammenhenger tidligere.

En ting som Legeforeningen har vært med på å få opp nysgjerrigheten på i akademiet og hos oss, er dette med *prosesskunnskap*, nemlig *kunnskaps-håndtering, ledelsehåndtering, kvalitet, kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet*. Dette har vært ikke-medisinske fag som ikke har vært undervist tidligere i noen vesentlig grad på fakultetet. Det har vært etterspurt av fagforeningene, av Legeforeningen, av samfunnet og etter hvert har det blitt utkrystallisert som et eget fag ved Det medisinske fakultet. Og dette er det faget vi kjenner som *KLoK-faget*<sup>13</sup>. Og Stein Evensen sa en gang da han var dekan, at dette er det mest spennende som skjer innen undervisningen på Det medisinske fakultet for tiden.

Dette har pågått i ca. fem år. Dette KLoK-faget er et *paraplyfag* som skal dekke hele det medisinske studium, men det er *forankret* ved vårt institutt. Det er nesten en godt bevart hemmelighet at vi har det ved vårt institutt. Det er et eget undervisningsutvalg, og det er utlyst det første professorat i KLoK-faget. Det er elleve søkere, og vi er veldig spente på hvem som skal ende opp med det. Dette er *helt nye penger* fra fakultetet. De er ikke tatt fra noen andre, etter det vi vet om, men støtte til et nytt fag. Det er godt mulig at vedkommende blir sittende igjen med en av våre avdelinger på instituttet vårt.

Så dette er et eksempel på for meg, at vi er et *moderne institutt*. Vi er villige til å ta opp og adaptere oss til nye trender og se hva samfunnet etterspør både når det gjelder *undervisning* og forhåpentligvis etter hvert *forskning*.

*Elin Rosvold*: Takk skal du ha, Per! Da går vi videre til Gunnar Tellnes.

*Gunnar Tellnes*: Jeg vil si litt om Rikstrygdeverket og NAV som andre aktører. Jeg begynte å jobbe i Rikstrygdeverket i 1987 i Plangruppen i Generell avdeling og gikk seinere over i en overlegetstilling fra 1991, samtidig som jeg begynte som professor i trygdemedisin, og det var en veldig fruktbar periode. Det er den samme modellen som for så vidt Rikshospitalet og sykehusene har praktisert, at man kan ha full stilling, sånn som Stein Evensen har hatt på Universitetet, og samtidig vært delvis kliniker. Dette utviklet vi videre, slik at Tor Bjerkedal, Søren Brage og Inger Sandanger hadde stilling både på Universitetet og i Rikstrygdeverket, særlig på epidemiologisk forskning der – trygdeepidemiologi.

---

13 Kunnskapshåndtering, ledelse og kvalitetsforbedring

Dette sluttet jeg med i 1998 da jeg var i dekanatet, for da synes jeg det ble for mye å gjøre. Men Folkehelse praktiserer jo dette, og Kunnskaps-senteret og sykehusene.

I det samfunnsmedisinske miljøet burde vi tilstrebe den type kombistillinger. Nå er jeg tilbake i NAV på deltid i NAV Buskerud. Jeg ser det at å få innsikt i relevante problemstillinger som en skal bruke i undervisningen av studentene, det er helt avgjørende – å ha kontakt med et slikt *praktisk miljø*. En klarer ikke å få den innsikten på Universitetet eller bare ved å sitte i et «elfenbenstårn». Og det samme gjelder også relevante problemstillinger for forskningsprosjekter. Så jeg mener at vi i fremtiden må satse mere på slike kombistillinger.

*Elin Rosvold:* Takk skal du ha, Gunnar. Da går vi videre til Espen. Jeg gir deg to minutter og varsler etter ett.

*Espen Bjertness:* Jeg skal være litt kort. Mye av den anvendte samfunnsmedisinen, *forskningsdelen*, ligger jo ved Folkehelseinstituttet. Og vi leier inn forelesere. Så kom jeg til å tenke på at Arild hadde jo stilling hos oss, en bistilling som var i *anvendt samfunnsmedisin*. Jeg kan ikke helt huske hvordan den forsvant. Men vi forsøkte å bygge tettere samarbeid med Folkehelseinstituttet. Og det er for tiden relativt solid med mange felles stillinger. En i delt femti-femti omtrent, også en del tjueprosent-stillinger, to personer i hvert fall på Seksjon for forebyggende medisin og epidemiologi. Og så er jeg veldig glad for det samarbeidet vi har med STAMI, med Petter Kristensen.

Og du etterlyser en *akademisering av arbeidsmedisin*. Jeg ser en veldig god løsning, jeg, og det er en «*School of public health*», hvor man får inn arbeidsmedisin!.

*Elin Rosvold:* «*School of public health*» kommer vi inn på helt til slutt i dag. Da er det Gunnar Bjune. To minutter til deg og.

*Gunnar Bjune:* Et naivt spørsmål. Kan det tenkes at grunnen til at arbeidsmedisin aldri fikk den plassen det har fortjent på instituttet vårt, var at det ikke var en *omstilling* i forhold til den *omstillingen* som skjedde i *arbeidslivet*? Sånn som jeg opplever arbeidsmedisinen nå, består den dels av en *biomedisinsk* side som er uhyre kompleks og hvor hver enkelt miljøgift egentlig er et livsprosjekt å sette seg inn i, og på den andre siden en rekke *sosiale faktorer* hvor arbeidsmedisinen nå ikke er knytta til svære homogene bedrifter med en forutsigbar eksponering, men egentlig vel så mye til *arbeidsinnvand-*



ring, til *marginalisering*, til *sosial dumping* og slikt, og nesten er blitt et *sosialmedisinsk fag*.

*Elin Rosvold*: Da er det et kort innlegg til fra Arild, og så kan Tor få ta et til slutt.

*Arild Bjørndal*: Jeg ville bare også understreke at samarbeid med eksterne aktører har vært viktig i denne perioden. Jeg har sett det både fra Folkehelseinstituttet og fra Kunnskapssenteret. Et viktig eksempel på det er jo at hvis instituttet gjorde en opptelling av om hvor mange av doktorandene som *egentlig* hadde hatt sitt arbeidssted og sin veiledning og sin hovedtilhørighet til et *annet sted*, så får man en illustrasjon av én form for betydning i hvert fall.

Og bare aller sist at jeg tenker at det er et stort, stort uutnytt potensial her. Men da må man *ville* noe. Da må man ha et strategisk grep og *ville* noe med samarbeidet, ikke bare være en slags mottaksstasjon for ferdige doktorander, og ha et strategisk samarbeid som går *begge veier* i forhold til de mange, mange institusjoner som omgir oss.

*Elin Rosvold*: Da er det Tor:

*Tor Norseth*: Jeg skal svare på det den siste kommentaren først.

Nettopp på grunn av at arbeidsmedisinen i dag har en minst like stor sosialmedisinsk del som det gammeldagse *toksikologiske aspektet* – som ikke er gammeldags, egentlig – har et like stort *sosialmedisinsk aspekt*, må man ha en *hovedstilling* på instituttet som kan utvikle den delen av arbeidsmiljøforskningen som ikke omfatter den tradisjonelle, i samarbeid med instituttets andre sosialmedisinske og samfunnsvitenskapelige områder,

Jeg har også en kommentar til eksternt finansierte bistillinger som samarbeidspartnere. Jeg skjønner meget godt dekanatets motvilje mot slike stillinger. For slike stillinger vil etter mitt syn på akademia i stor grad *styre* akademia, kanskje i retninger hvor det fins økonomi inn i retninger hvor man virkelig trenger *ny kunnskap*. Så når jeg snakker om akademiske stillinger innen arbeidsmedisinen og andre fag, så snakker jeg *ikke* om *eksternt finansierte* stillinger. Jeg snakker om *gammeldagse* stillinger innen akademia, stillinger *finansiert av universitetet* med en *fri og uanhengig ramme*.

*Elin Rosvold*: Da er det bare samarbeid med de frivillige organisasjonene som vi ikke nevnt noen ting om her. Anne-Lise har et par stikkord der.

*Anne-Lise Middelthon:* Jeg bare hvisker til Elin at siden dette er som et slags erindringsseminar også angående andre aktører, så har man jo hatt et fra begge sider forpliktende samarbeid med de store folkelige organisasjonene. Sånn som landsforeningene mot det ene og det andre. Og jeg hadde Helseutvalget for homofile, vi har hatt det internasjonale arbeidet mot HIV, hvor vi har forpliktende toveissamarbeid med universiteter ute, men også med helseinstitusjoner ute, sånn som dere har hatt med Etiopia, direkte med ting der.

*Øivind Larsen:* Da har Stein Evensen en ørliten replikk.

*Stein Evensen:* Jeg kan ikke dy meg når det gjelder dette spørsmålet om eksternt finansierte stillinger, for det var klart at det var noe som stadig vekk kom opp. Og jeg er glad for det Tor nå til slutt her sa. Det ble etter hvert akseptert, og vi støttet også opprettelsen av en rekke eksterne stillinger blant annet på Folkehelseinstituttet og også Kunnskapssenteret. Men det var ett sted hvor vi stoppet foran porten – og det fikk jeg masse kritikk for – det var stillinger i Helsedirektoratet. *Vi* mente at det var helt feil at man skulle opprette stillinger der. Og det har noe med varmen å gjøre – det ble for *varmt*, syns vi. Jeg var flere ganger overrasket over mangelen på forståelse for det synet. Det forskrekket meg.

*Helse- og rehabilitering* er en frivillig organisasjoner som nektet å akseptere at det er noe som heter *overhead*. Det er *en meget arrogant organisasjon* som noen bør ta et oppgjør med.

*Øivind Larsen:* Takk for det. Da vil jeg bare for fullstendighetens skyld nevne at humanistiske fag som *medisinsk historie*, er Den norske legeförening meget takknemlig for samarbeid gjennom mange år.

Nå er vi kommet over til et punkt hvor det ikke blir noe særlig tid til diskusjon. Og det er bolken om studieplanene og samfunnsmedisin. Vi ligger nokså langt på etterskudd her. Så hvis det skal bli noe tid til å snakke om «school of public health», så må vi ta det kort, og også «school of public health» kort. Elin, du har forberedt et innlegg om studieplanene.

## Studieplanene og samfunnsmedisinen 1990-2010

*Elin Rosvold:* Arild sa tidligere her at det har vært mye vurdering og lite erindring. Jeg skal ta dere med på en liten erindringsrunde i undervisningen, med fokus på medisinstudiet, men også nevne de andre studiene våre.

*Undervisningen* er en av våre hovedoppgaver og er lagt til slutten av dette seminaret. Men det tror jeg ikke er symbolsk i forhold til interessen for undervisning hos oss.

I den studieplanen vi fulgte i 1990, var hovedundervisningen vår lagt til *sekstende termin*. Studiet hadde da 18 terminer og et studentkull på 150 studenter som ble delt i to i den kliniske delen, slik at vi hvert år hadde 75 studenter fordelt på to terminer og én termin uten undervisning. Da hadde vi undervisningsfri, da kunne vi forske.

Vi hadde noen fag som ble undervist i de andre terminene, men hovedundervisningen var i sekstende termin. Der hadde vi forelesninger; vi hadde allmennmedisinske klinikker, utplassering i praksis og gruppearbeid med læringsoppgave. Det innebar at vår undervisningsform var litt annerledes enn det studentene hadde møtt tidligere på studiet. Forelesningene våre skulle dekke et bredt spekter, og timeplanen var da som nå preget av en del kompromisser.

Det var en diskusjon om fordeling av undervisningen mellom praktisk samfunnsmedisin og mer teoretisk, holdningsdannende undervisning, som vi har vært inne på tidligere. Dessuten hadde et hvert møte der vi skulle diskutere *undervisningen*, en tendens til å starte med en diskusjon om hva *samfunnsmedisin egentlig var* – apropos hva Anne Alvik gjorde. Til tider brukte vi nesten hele tiden på det og fikk nesten ikke diskutert hva vi skulle undervise! Og det gjør vi jo av og til fremdeles.

Men de sentrale temaene ble dekket. Studentene hadde glede av å møte mange engasjerte undervisere, hvorav flere er representert her i dag. Jeg kunne nevnt mange navn, men det er to navn jeg har lyst til å nevne. Og det er de to som var våre to universitetslektorer, Bente Wilmar og Grete Stang, som ved siden av å være fagfolk og undervise innenfor sosialmedisin også var *limet* i hele undervisningsplanen.

En viktig del av undervisningen var utplasseringsperioden som var fire uker i allmennpraksis, men hvor også en del av tiden skulle brukes til samfunnsmedisinske temaer med besøk på trygdekontor og sosialkontor. På papiret fungerte dette veldig bra, men vi opplevde vel, da som nå, at den samfunnsmedisinske delen ikke ble utnyttet så godt som den burde.

Vi hadde også tilbud om samfunnsmedisinske ekskursjoner som brakte studentene både ned i kloakkanleggene og ut på søppeldynga. Noen studenter fikk også mulighet til å reise ut, som det ble nevnt. Vi hadde plasser



Figur 21: Morten Kvisvik, Irene Auke og Terese Eriksen. (Foto: Turid Jensen)

i Gaza og på Vestbredden, Latvia, Sør-Afrika, USA og Cuba. ja, i Ghana også og i Gambia. Studentene var veldig fornøyd med dette, selv om det i Midt-Østen hvert fall til tider kunne bli vel mye spenning for dem, litt tøft.

Men en av de viktigste oppgavene i den gamle sekstende termin var den såkalte *læringsoppgaven*. Studentene ble delt i grupper á seks til åtte som skrev en oppgave om et tema innen et av terminens fagområder som også inkluderte rettsmedisin. Dette opplegget startet allerede på 80-tallet. I årenes løp tror jeg det er blitt skrevet godt over to hundre oppgaver. De ble gitt i form av kasuistikker, og vi kan vel si at vi da foregrep PBL-undervisningen ganske solid. Studentene var veldig kreative i sine tilnæringer; de laget spørreskjemaundersøkelser i praksisperioden, de intervjuet folk, og de gjorde litteratursøk. Evalueringen av oppgavene var også gjenstand for forandring og eksperimentering. Oppgaven ble fremlagt for resten av kullet og evaluert av en sensor.

I perioden telte gruppeoppgavekarakteren halvparten av studentenes karakter i terminen, og de fikk høye karakterer. Det var elvere og tolvre over hele linja. Det var flinke studenter. 16. termin fikk også høye karakterer. I 1993 fikk 16. termin Universitetet i Oslos *læringsmiljøpris*. Og da fikk vi ros nettopp for at vi ga studentene utfordringer og brukte andre undervisningsformer enn i resten av studiet.

Så gikk vi over til «Oslo-96». Der fikk vi to semestre per studieår, hvert med et kull på rundt hundre studenter. Altså en økning av antall studenter. Praksisperioden økte fra fire til 12 uker, hvorav seks i allmenn- og sam-

funnsmedisin. De øvrige seks var på lokalsykehus. Stein Evensen var en pådriver for å få dette igjennom. Det gjorde at vi kunne se og la studentene få et innblikk i samhandlingen mellom første- og annenlinjetjenesten.

Allmennmedisin ble som nevnt ett av de tre kliniske hovedfagene ved siden av kirurgi og indremedisin. Alt dette medførte også store rokeringer. Samfunnsmedisin fikk muligheten til å komme inn i starten av studiet med undervisning i samfunn og metode. Allmennmedisin var også sentral i første semester med såkalt tidlig pasientkontakt, der studentene lærer klinisk kommunikasjon på allmennelegekontorer i Oslo og Akershus.

I studieplanen ble fagene tildelt ulike såkalte ukeekvivalenter med undervisning. Det er årsaken til at vi ikke alltid kommer like høyt opp på budsjettet. For ukeekvivalenter er fastlagt, vi kan ikke øke dem. Men det har vært lagt vekt på at det skal være mye integrert undervisning og ikke skarpe skiller mellom fagene. Og vi har vært med i klinikker og seminarer i andre terminer, og har da kanskje ikke vært flinke nok å synliggjøre at våre forelesere står på timeplanen hele tiden. Så det må vi passe på for å få god nok uttelling.

Men våre fag har også vært avspeilet i PBL-oppgavene som jo nå er en av bærebjelkene i studiet. Det har vært litt sånn at alle PBL-oppgavene for så vidt skulle være allmennmedisinske. På oppdrag av studiedekanen tok vi en gjennomgang av disse oppgavene for et års tid siden. Det viste seg da at riktignok var allmennmedisin inne i oppgavene, men det var ofte slik at «Pasienten kom til allmennlegen, han skjønnte ingen ting og sendte pasienten til spesialisten som så skjønnte alt.» Og så gikk man dypt inn i nyrefysiologi eller noe annet. Det har vi nå rettet opp i.

I utplasseringen i praksisperioden hadde vi da seks uker, som sagt, i en allmennpraksis på steder i hele Østlandsområdet. Og to av ukene var satt av til samfunnsmedisin. I de første semestrene hadde vi også et eksperiment med nettbasert PBL i form av chatting. På grunn av behov for egne PCer på alle praksisstedene og en kanskje litt for dårlig kommunikasjonsform, ble dette etter hvert innstilt. Det ble for dyrt i forhold til utbyttet.

Og dyr var også prisen på praksisen. Det har vi diskutert en del allerede, så jeg skal ikke gå så mye inn på det. Alle de kampene vi hadde. Men det jeg gjerne vil få frem, er at vi har hatt en fantastisk *støtte fra studentene*. De har mobilisert noe voldsomt når det begynte å bli snakk om å fjerne utplasseringsordningen. Det gjelder også utplasseringen på lokalsykehusene, fordi de sier at der fikk de se sykdommer de bare har lest om i artiklene, nemlig blindtarmbetennelser og sånn. Fordi de sykdommene så de jo ikke på universitetssykehusene! De hørte de bare om i lærebøkene. Altså helt motsatt av hva det var før i tiden.

Vi har også hatt samfunnsmedisinske temaer inn i undervisningen i slutten av studiet. Og nå nevnte Per Hjortdahl KLoK som han og blant annet Arild Bjørndal har vært sterkt involvert i å utvikle. Det har vært et viktig fag som fra en litt trang begynnelse og en del motstand fra studentene, nå begynner å få stor anerkjennelse blant studentene – og ikke minst ute i samfunnet som skal ta imot våre studenter.

*Læringsoppgaven* er borte, men PBL dekker vel noe av dette. I tillegg er det innført en *prosjektoppgave* som går over tre måneder. Den er individuell og litt mer omfattende, men flere skriver om temaer innenfor allmennmedisin og samfunnsmedisin.

Det er også blitt opprettet en *forskerlinje*, der det er mulig å jobbe med forskning parallelt med studiet. Det har ikke vi vært gode nok til å utnytte – den muligheten, men jeg vet at i hvert fall epidemiologi har hatt en eller to studenter og vi får prøve å mobilisere. Tre? – ja, da er vi oppe i tre, og vi får prøve å mobilisere flere etter hvert.

Jeg vil også kort nevne at vi jo har hatt undervisningsoppgaver for andre studenter enn medisinerstudentene. *Masterstudiet i internasjonal helse* er nevnt. Det er meget suksessrikt og har vunnet flere priser, blant annet Universitetets læringsmiljøpris i 2008, og Den nasjonale utdanningskvalitetsprisen i 2010. Og mye ros får vi rundt omkring både for den og for den *internasjonale sommerskolen* som de samme personene i stor grad står bak.

I tillegg kommer *kurset for utenlandsmedisinere*, de såkalte *nasjonale fag*, som har foregått hos oss i mange år. Samt *kurs i trygdemedisin* for andre yrkesgrupper som for eksempel kiropraktikere. Vi har også utviklet en rekke *doktorgradskurs*, hvorav kursene i *kvalitative metoder* og i *epidemiologi* er veldig populære. Og vi har også spesialistkurs – kurs i *spesialutdanning for allmennmedisinere*. Det er sikkert flere kurs som jeg burde ha nevnt her.

Men oppsummert kan jeg si at det har vært mye spennende undervisning og mange engasjerte undervisere innenfor faget vårt de siste tyve årene. Jeg syns at engasjementet har vist seg spesielt i viljen til å prøve ut *alternative undervisningsformer*. Og det har også vist seg i en rekke lærebøker som er blitt skrevet i fellesskap av lærere ved IASAM, blant annet i sosialmedisin og samfunnsmedisin.

Så får vi bare håpe at dette *engasjementet* vil leve videre fremover.

*Øivind Larsen*: Da er spørsmålet, er det noen som har noe å tilføye, er det noe viktig som Elin har glemt i sin oversikt? Espen!

*Espen Bjertness:* Etter «Oslo-96», det gikk noen få år, så ble det gjort endringer i ex.phil. – forberedende – slik at dekanus på Det medisinske fakultet ønsket at vi skulle få inn mer vitenskapsteori. Det er kanskje et viktig poeng å ta med. Så da ble mer forskningsmetode og vitenskapsteori. lagt inn i første semester.

*Øivind Larsen:* Stein Evensen!

*Stein Evensen:* Jeg vil gjerne slutte meg til det som Per Hjortdahl sa om KLoK-faget, som jeg anser for å være en betydelig forbedring og tilskudd til fakultetet på alle måter. Og nå ganske nylig har vi for alvor også fått KLoK-oppgaver inn som en del av avsluttende eksamen. Det er noe som studentene legger merke til, og også gjør at interessen øker.

Siden dette er et erindringsseminar, la meg bare si en ting til deg, Dag, fra vårt gamle samarbeid og forskjellige saker og ting. Vi satte alle ting under debatt når vi diskuterte hva som skulle bevares og hva som det måtte kuttes i. Men jeg røper gjerne nå, og du kan bare kontrollere det med Bjørn Hol om du vil, at *utplasseringen* var *aldri*, absolutt *aldri i faresonen* for å bli kuttet ut. Det var helt klart hos oss som satt og diskuterte dette, at vi måtte snakke om alt, alt måtte settes under debatt. Men det var aldri noen tvil om at utplasseringen skulle beholdes.

*Øivind Larsen:* Da blir det ikke noe mer diskusjon på dette punktet, for nå har vi snakket om undervisning. Men hvorfor ble det altså ingen «*School of public health*»? Da er vi over på neste programpost her. Gunnar Tellnes!

## **School of public health eller norsk doktorskole?**

### **Avklaring 1990–2010?**

*Gunnar Tellnes:* «*School of public health*» – *en norsk doktorskole*, er tittelen på mitt innlegg. Undervisningstilbudet for leger i folkehelsevitenskap eller samfunnsmedisin har vært i Norge siden 1950-tallet. Først i flere tiår gjennom Helsedirektoratets kurs – tre-måneders – kurs på høsten for offentlige leger. Det var på Villa Grande på Bygdøy. På slutten av 1980-tallet ble dette kurstilbudet som distriktsleger og kommuneleger brukte som sin videreutdanning, overtatt av Folkehelseinstituttet og videreført frem til ca.1997.

I Tromsø har en del leger tatt en master i folkehelsevitenskap i de senere år. I tillegg er det nå etablert seks nye masterstudier i folkehelse relatert til forskjellige høyskoler og universitet i Norge. Og få eller ingen leger er studenter på disse lærestedene.



På midten av 1990-tallet ble ny studieplan for legestudiet utredet og innført som Oslo-96. Jeg var i 1996 til 1999 prodekan og en kort tid dekan på fakultetet. I denne perioden ble saken om å etablere *Oslo School of public health* grundig utredet. Blant annet av fire faggrupper som foreslo faginnhold i mastergrad for folkehelsevitenskap, arbeidshelse, internasjonal samfunns-helse og videreføring av helseadministrasjon.

Grunnen til at disse planene ikke ble vedtatt og realisert kan være flere. Her er noen poeng: Ledelsen i mastergradsadministrasjonen, og da særlig Grete Botten, *ønsket ikke* et bredt samarbeid med de andre mastergradsfor-slagene under en felles paraply, *Oslo School of public health*.

Ledelsen og styret ved Det medisinske fakultet ville ikke anbefale nye studier uten at friske økonomiske midler kom fra blant annet sentrale myn-digheter. Og her har vi jo da hørt Arild Bjørndal opplyse om at det på den tid gikk 7-8 millioner til *Nordic school of public health* i Göteborg fra den norske regjering, og at man da ikke støttet forslag om *Oslo School of public health* fra sentrale myndigheter.

Jeg vil også nevne at i denne tiden, altså ca. 1998, var økonomien på vårt institutt på lavkonjunktur. Samtidig, som jeg har nevnt, Universitetet i Oslo sentralt leverte ikke gode regnskapsrapporter til de lokale fagmiljøene. Og dette gjorde det vanskelig å få oversikt over økonomien. Det som er viktig å merke seg i denne sammenhengen, er at ildsjeler innenfor interna-sjonal helse, jeg husker spesielt Svein Gunnar Gundersen, med stor dug-nadsinnsats klarte å etablere mastergrad i *international community health* til tross for liten økonomisk drahjelp fra Det medisinske fakultet. Det var jo da en del tilleggsfinansiering som de fikk fra NUFU og kvotekandidatene osv. som ble nevnt her tidligere. Så det var mulig å få noe finansiering også fra NORAD.

I tillegg kan vi også se at Ole Berg og medarbeidere på lignende vis klarte å få etablert en ny bachelor og en mastergrad i tillegg til tidligere master i helseadministrasjon, også ved hjelp av ildsjelers innsats. Dette til tross for begrenset administrativ og økonomisk drahjelp fra Det medisinske fakultet. Dette var på 2000-tallet. Disse to eksemplene indikerer at nye fag og studier ved Det medisinske fakultet kan etableres selv om ledelsens strategi peker i en annen retning.

Så en avsluttende kommentar: I løpet av de siste tyve-femogtyve år har doktorskolen ved vårt institutt fått konkurranse fra en rekke mastergrads-studier som *helseadministrasjon* og *helsefag, sykepleie* etc. der *leger* sjelden eller aldri er studenter. Det er nå betimelig og et stort behov for å styrke videre- og etterutdanningen i samfunnsmedisin blant annet *for leger*. Dette fordi nesten ingen leger har utdannet seg til spesialister i samfunnsmedisin

de siste ti-femten årene. Etableringen av en mastergrad i folkehelsevitenskap og samfunnsmedisin vil kunne styrke legers fagutvikling og interesse for spesialisering i samfunnsmedisin. Etablering av et slikt studium ved vårt institutt vil også kunne styrke utdanningen på doktorskolen, altså legestudiet, innenfor anvendt samfunnsmedisin og forebygging og helsefremmende arbeid som nå er aktualisert i samhandlingsreformen.

En fremtidig *School of public health* knyttet til vårt institutt bør ha tilbud om spesialisering i samfunnsmedisin, arbeidsmedisin, trygdemedisin og epidemiologi i tillegg til *international community health*. Og fortrinnsvis i samarbeid med helseadministrasjon og helseledelse. Noen moduler kan eventuelt tilbys studentene i samarbeid med den undervisning som gis ved Universitetet for miljø-og biovitenskap, og i samarbeid med Høyskolen i Oslo som har en mastergrad i folkehelsevitenskap.

Frem til 1986 var det legestudiet som dominerte undervisningen ved Det medisinske fakultet, det vil si de første 175 år av universitetet i Oslo sin historie. For 25 år siden ble mastergraden i helseadministrasjon etablert som den første ved vårt fakultet. De fleste studentene er godt voksne sykehusleger. Et par år senere kom kandidatstudiet i arbeidsmedisin, som ble nedlagt etter ca. fem års funksjon. Få leger var studenter ved dette studiet de siste årene.

I dag tilbys det ved Institutt for helse og samfunn seks mastergradsstudier, det vil si: *international community health* og *helseadministrasjon*, i tillegg finnes master i helsefagvitenskap, sykepleievitenskap, avansert geriatrisk sykepleie, og *health economics, policy and management*. Dessuten finnes det en bachelor i helseledelse og økonomi.

Det er grunn til å tro at utviklingen av alle de nye mastergradsstudiene som nesten ikke har leger som studenter, er konkurrent om økonomiske og faglige ressurser for legestudiet. Punktum og slutt. Takk!

*Øivind Larsen:* Takk skal du ha for denne oversikten, Gunnar! Du har blant annet nå også snakket om gode argumenter for hva som kan komme, og mange håper på en positiv utvikling der. Vi er litt dårlig stilt når det gjelder tid. Jeg vil be de som nå griper ordet, om å prøve å svare på spørsmålet, hva var det som hendte rent historisk den gang det ikke ble noe av? Og jeg vet ikke hvem som....., Dag, du rakte handa opp, gjorde du ikke?

*Dag Bruusgaard:* Det vet jeg faktisk ikke, jeg var ikke involvert i den prosessen.

*Øivind Larsen:* Gunnar Bjune, du var involvert i prosessen.

*Gunnar Bjune:* Jeg veit det, men jeg har skrekkelig dårlig hukommelse. (Mye latter). Men når vi snakker om denne spesifikke, navngitte fantasikonstruksjonen, *Oslo School of public health*, tror jeg at jeg husker relativt klart. Og det begynte med at jeg så vidt jeg husker lagde et dokument hvor jeg skisserte hvordan en slik kunne etableres på en relativt enkel måte ved å slå sammen *kommunelegekurs* på *Folkehelse* og *Helseøkonomi og helseledelse* og et nyetablert *masterkurs i internasjonal samfunnshelse*. Det siste eksisterte jo ikke på det tidspunktet. Og derfor var nok de to andre involverte engstelig for at en fellesskapning skulle kunne tappe dem for ressurser.

Det var Jon Dale som var dekanus på det tidspunktet, og som ganske dristig nedsatte et utvalg som skulle lage en utredning om dette. Jeg går ut fra at alle de dokumentene finnes i arkivene. Det var jo utførlige referater fra alle møtene. Det som jeg tror var veldig uheldig, var at leder for komitéen – det var Grete Botten – allerede i første møte sa dette ønska hun ikke, og hun ville at dette komitéarbeidet skulle komme ut med et klart råd til fakultetet om *ikke* å gå inn på en slik idé. Og det var jo ikke noe enkelt grunnlag å arbeide videre på.

Hvis det er av interesse – men dette er jo mer tanker enn historie – så tror jeg at vi gjorde en del andre feilgrep også. Eller *jeg* gjorde en del feilgrep, kan en godt si. Fordi vi ikke hadde tenkt på at moderne samfunnshelse må være et teamarbeid som omfatter mange profesjoner. Dette var egentlig bare med *leger som helseprofesjon* i utgangspunktet. Det var en svakhet. Jeg tror vi kunne ha fått svær drahjelp ved å trekke de andre helseprofesjonene inn som har et tilsvarende behov. Dessuten så vi ikke klart at en sån skole må ha en klar hensikt og spesialisering innen faget. Det var også for uklart uttrykt i mandatet sånn som vi hadde utforma det.

*Øivind Larsen:* Takk for det! Da beklager jeg å måtte si at nå er vi nødt til å kutte her, fordi nå kommer de for å rigge ned og ta med seg det utstyret vi har. Vi kan nå trekke litt frisk luft ute på balkongen, og så skal vi inn i auditoriet. Når vi kommer inn i auditoriet, har vi først en oppsummering ved Magne Nylenna, som vi ser fram til.

Deretter kommer det noe som ser litt rart ut her på programmet: «The King's speech,» hva er det for noe? Jo, vi har to hyggelige og interessante argentinske gjesteforskere i Frederik Holsts hus om dagen. Og de har lansert en litt ny undervisningsform ved å finne – skal vi si – elementer til å tenne studentene for sin undervisning. Og det får vi en liten presentasjon av, som en overgang til det mer *helsosiale* etterpå. Så derfor – foreløpig takk! Vi trekker langsomt inn i auditoriet.

-----

*Øivind Larsen:* Kjære alle sammen. Da begynner vi på'n igjen. Vi har nå en kort oppsummering – kort – ved Magne Nylenna. Vi legger vel ikke opp til noen spesiell diskusjon nå, for vi har diskutert ganske mye. Men nå skal vi se hva en «intern, ekstern» person har fått ut av det som har skjedd i dag.

Jeg må da fortelle en liten historie om mitt barnebarn som jeg hadde kjørt på skolen en av de første dagene, og så stilte jeg det dumme spørsmål: «Hva har du lært på skolen i dag?» Så sa hun: «Jeg vet sannelig ikke, jeg, men var det viktig, så sier de det sikkert en gang til.»

Du får si noe en gang til:

*Magne Nylenna:* Ja, kjære utholdende og slitne kollegaer. Oppgitt emne er altså:

### **Hva har vi lært i dag?**

Og det aller første i min munn skal være å legge bort den majestetiske plurativen i en tid da majesteteten utfordres av mange andre, og så skal jeg heller mer ydmykt si: «Hva har *jeg* lært i dag?»

En av mine mentorer i redaktørfaget, Stephen Lock, britisk barnelege og tidligere sjef for *British Medical Journal*, har vært med på å etablere disse såkalte witness-seminarene i Storbritannia. Og han betrodde meg en gang at han egentlig var ganske skeptisk til hele metodologien som aktør- eller erindringsseminarene bygger på. Det at man får tromma sammen en del personer med mer eller mindre intakt hukommelse til å sitte og mimre om det som har skjedd for noen år siden. Stephens hovedinnvending var at det blir lite ærlighet og mest skjønning.

I dag må jeg si at det har vært mye, og til dels overraskende mye selvkritikk og selverkjennelse. Til tider også en overraskende idyllisk enighet i skriftestolen. Kanskje har vi vært vitne til en slags resignert enighet om en fortid som uansett ikke kan endres, og som gradvis emballeres i en skrøpelig hukommelse. Så la oss da minne hverandre om at det er nettopp dagens og gårsdagens forferdelige tider som om en generasjon eller så blir til «de gode gamle dager». Og en del av det vi har hørt om i dag, har altså allerede blitt til «de gode gamle dager».

Hva har så jeg lært i dag? Jeg tror jeg har lært fire ting om Instituttet de siste tyve år. For det første at Instituttets *identitet har vært og er uklar*. For det andre at Instituttet har *levert* og gjort *en forskjell*, som det heter på det «Jonas'ke UD-språk». For det tredje at det er uvisst *hvem og hva som har styrt* og hva som *styrer utviklingen* ved Instituttet. Og for det fjerde at det er *stor interesse for* og enda større *usikkerhet om fremtiden*.



*Figur 22: Magne Nylenna avsluttet seminaret ved å gi en vurderende oppsummering i auditoriet. (Foto: Øivind Larsen)*

Og jeg vil gå løs på disse fire lærdommene som jeg har fått med meg i dag. For det første:

*Identiteten:* Omorganiseringer er alltid tunge og, når jeg satt der og så, kanskje like mye som *hørte* forsamlingen, så virka forsamlingen fortsatt tynget av omorganiseringen. De hadde liten entusiasme for fusjonen, sa Christian Borchrevink innledningsvis. Og for å si det slik, i mine ører, var entusiasmen fortsatt begrenset. Vi vet fra Statoil Hydro til Oslo universitetssykehus hvor vanskelige fusjoner er. Det bringes inn ulike fortellinger og historier, ulike kulturer og først og fremst ulike folk. Det å bli samla under ett tak, altså i fysisk nærhet, det er viktig, men på ingen måte nok. Fortsatt fremstår Instituttet som et mangfoldig vesen med aktiviteter så forskjellige som allmennmedisin, samfunnsmedisin, medisinsk antropologi, medisinsk etikk, medisinsk historie, forebyggende medisin, arbeidsmedisin, epidemiologi, internasjonal helse og sikkert mye, mye mer.

Jeg hørte ingen sterk opplevelse av *internt samarbeid*. Hva er egentlig *limet*? Hva holder instituttet sammen som funksjonell enhet? Hva er fellesnevneren? Jeg har to, fire, seks, syv alternativer.

*Det ene* er at alt handler om *førstelinjetjeneste*, hva nå enn det måtte være. Det ble lufta av noen i dag. Og det er mulig at det er noe slikt som går som en slags tråd igjennom det.

*Det andre* alternativet er at all aktivitet preges av *helhetstenkning*, noen ønsker nok i hvert fall at det skal være sånn. At man har en større helhetstenkning enn andre. Det blir vel litt som jakten på det særnorske som Thomas Hylland Eriksen og andre sosialantropologer på en måte avkler ved at det er veldig lite som man har felles, som ikke andre også på et eller annet vis har mer eller mindre på samme måte.

*Det tredje* som også er høyverdig og ønskelig i denne forsamlingen, er at man er særlig *kontekstkyndig*. At man har en særlig kontekstuell kunnskap om medisin og helse som da skiller en fra andre institutter og avdelinger. Og det er mulig at det er noe med det.

*Det fjerde* alternativet, det er at det er noe *tverrfaglighet* som er bedre eller mer velutvikla enn andre enheter ved fakultetet.

*Det femte* var egentlig nytt for meg, og det er som Dag Bruusgaard uttrykte det, «*potete*». Det var et nytt uttrykk som så vidt jeg forstår, står for en slags snillhet og godhet. Det finnes verre ting å bli beskyldt for, naturligvis. Men om det er karakteristisk for miljøet, har jeg vel også mine tvil om.

*Det sjette*: Et nytt begrep, *velferdsmedisin*, dukka opp i løpet av dagen. Kanskje er det et særtrekk ved Instituttet?

*Det syvende* er i hvert fall det mest sikre, nemlig at det nå i det alt vesentlige holder til i Frederik Holsts hus på Ullevål.

Til tross for den uklare identiteten så hørte jeg *stolthet* over hva man har fått til. Instituttet har utretta mye på tyve år. Dag Bruusgaard var nær ved å gjøre en slags kontrafaktisk analyse, hva om Instituttet ikke fantes – hvordan ville verden da ha sett ut? Han var vel heller litt pessimistisk i sitt anslag, da han antok at verden i det store og hele ville se omtrent ut som den gjør i dag. Men la oss likevel se på noen av resultatene som Instituttet har fått til i løpet av disse tyve årene.

Det første og viktigste tegn på suksess er naturligvis *vekst*. Det er en forutsetning for liv i biologien. Det å endre seg og det å utvikle seg. Og Instituttet har ikke bare vokst, men det har også nådd en kritisk masse, som det ble uttalt blant annet av Jørund Straand. Der har vært en enorm økning i forskningsaktiviteten. Om jeg fikk talla med meg riktig, fra på min tid – som det kan kalles da – eksisterte ved Instituttet, så var det kanskje en til to doktoravhandlinger i året. Hvis jeg hørte rett nå, så var det snakk om

femten til tyve. En formidabel vekst i hvert fall etter bibliometriske standarder.

Instituttet har levert et viktig bidrag til *fagutvikling* spesielt i allmennmedisin. Og allmennmedisin, *klinisk allmennmedisin*, har altså blitt et *klinisk hovedfag* ved medisinutdanningen ved Universitetet i Oslo. Og det er litt av en bragd å etablere slike hovedfag. Det skjer knapt i hver generasjon.

Det var mer tvil om *samfunnsmedisinens* resultater. Både i innhold og utvikling. «Tvillingene,» som vi kalte det i min tid i Utpostredaksjonen i 1993, nemlig allmennmedisin og samfunnsmedisin, som da ble vedtatt som legespesialiteter, har etter hvert flytta fra hverandre, kanskje vokst fra hverandre og er i ferd med å finne hver sin identitet.

Et annet felt som har vokst frem i løpet av disse 20 åra som Gunnar Bjune gjorde rede for, er *internasjonal helse*, som har blitt et synlig fag og en synlig retning. Et fargerikt fag, bokstavelig talt, som har satt sitt preg på universitet både i korridorer og og i publikasjoner og har altså i disse tyve åra utvikla seg fra tradisjonell bistand til et nytt fag som kan kalles *global helse*.

Det har også vokst fram et annet nytt fag, det som går under betegnelsen KLoK og som så vidt jeg forstår, står for kunnskapshåndtering, ledelse og kvalitetsforbedring, der det også har blitt utlyst et nytt professorat.

Jeg hørte under presentasjonen mye om det som i universitetslovens paragraf 1.3 betegnes som universitetenes og høyskolenes hovedoppgaver, to av dem, nemlig *forskning og undervisning*. Jeg hørte ganske lite om den tredje hovedoppgaven som kalles *formidling*. Og det avspeiles vel kanskje også i at Instituttet har et vanskelig forhold til verden omkring seg. Noe som ble avslørt i min tredje lærdom i dag, nemlig at det er uvisst hvem og hva som har *styrt og styrer utviklingen ved Instituttet*.

Ottar Brox's navn ble nevnt i dag. Det var kanskje Dag Bruusgaard som nevnte det. Jeg har en referanse til Ottar Brox som Arild Bjørndal og jeg opplevde sammen, og grunnet mitt sinnrike arkivsystem, så kan jeg si at det var et foredrag som ble holdt den 21.11 i 2003 i det daværende Sosial- og helsedirektorat. Ottar Brox sa følgende: «Et hvilket som helst tiltak har en rekke konsekvenser. Det mest attraktive av disse kalles *målet*.» Sånn kan det vel også sies om fusjonen av de ulike deler av instituttet. I Ottar Brox's ånd kan vi si at vi aldri kan planlegge oss *til noe*, bare *fra noe*.

Jeg har nylig tatt til som leder av en kunnskapsbedrift (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten) og opplever vel det som ledere av dette instituttet, og for så vidt også Det medisinske fakultet, har opplevd, nemlig at *ønsket om ledelse* ikke alltid er så tydelig og klart. Mange av oss har gått på kurs for å lære *å lede*, svært få av oss har gått på kurs for å lære *å bli ledet*,



for å si det på den måten. Per Fugelli har et relativt defaitistisk syn på det. Han sier «Que sera, sera,» – «det som skjer, det skjer».

Men det ble gitt noen eksempler på mulige styringshender, synlige eller usynlige. Det er nesten fristende å nevne den usynlige hånden, som det kalles – nemlig *markedet*, som åpenbart også har satt sitt preg. Arild tok så å si ordene ut av min munn da han påpekte at det var lite interessant å samarbeide med noen hvis det ikke fulgte penger med. Som kjent, de to vakreste ord som finnes i litteraturen ser man i brever der det står «cheque enclosed».

Merkelig nok så var det også en skepsis mot å bli *styrt utenfra* – om jeg forsto det riktig – dersom det er et *behov for kunnskap*. Og sånt er litt vanskelig å forstå. Av og til opplever jeg at universitetsfolk omtaler administrasjonen omtrent med samme forakt som politikere omtaler intellektuelle.

Jeg merka meg en fire-fem ulike mulige påvirkningsfaktorer. Hvorfor har ting blitt som det har blitt? Rent konkret. Hvorfor ble *statistikken* skilt fra epidemiologien? Hvorfor ble *medisinske atferdsfag* en egen seksjon utenfor Instituttet knyttet til en annen del av fakultetet? Det kan godt skyldes sterke enkeltpersoners ønske. Slikt at vi sett mye av i medisinen. Det er kjent i norske sykehusvesen kanskje mer i tidligere tider enn nå, men fortsatt at det er den enkelte overleges preferanser og, hadde jeg nesten sagt hobbyer, som bestemmer faglige føringer vel så mye som sykdomsbildet og de epidemiologiske behov i distriktet.

Det andre som ble diskutert, var *styringen fra fakultetet*. Dag Bruusgaard ga en overraskende harmonisk analyse i tråd med det som jeg først sa om kanskje glemselens vennlige slør. Fra min tid i styret for Det medisinske fakultet ved Universitetet i Oslo kan jeg vel huske at det har vært noe mer temperatur i dialogen mellom institutt og fakultet. Øivind Larsen beskrev da også Fakultetet som en *samlende ytre fiende* i 1990-åra. Og i det alt vesentlige handla nok det om økonomiske disposisjoner, har jeg en mistanke om.

En teoretisk analyse av Instituttets styring kunne kanskje lede til at man tenkte at *endringer i samfunnet* og *behovet omkring Instituttet* hadde preget utviklingen. Jeg har et inntrykk av at for Instituttet vil det vel nærmest fremstå som en fornærmelse å komme med en slik analyse. Man skal ha seg frabedt at man styres av noe så banalt og enkelt som *behovet*. Men utplasingen i praksis avspeiler noe slikt, sa noen.

Og større krav til *dokumentasjon og byråkrati* avspeiler, enten man vil eller ikke vil, det samme som vi ser i alle andre deler av samfunnet, ikke minst i klinisk medisin. Alle vil huske at maktutredningene på 1990-tallet endte opp med å konkludere med at *rettsliggjøringen* av det norske samfunnet er en av de største endringene i strukturen i vår tid.



*Figur 23: Seminarer av denne type skal alltid avrundes med en god og hyggelig middag. Så også her! Det er en del av metoden. Deltakerne skal «debriefes» slik at gamle motsetninger som eventuelt er blitt vekket til live, forblir historie. (Foto: Øivind Larsen)*

Helsemyndighetenes ønske om å styrke undervisningen ble nevnt av Anne Alvik. Og Dag Bruusgaard påpekte forskjeller til våre naboland Sverige og Danmark. Og så ble det altså kommentert samarbeidspartnere – fra frivillige organisasjoner til profesjonsorganisasjoner. Men «in the end» på mitt *punkt tre* står jeg fortsatt med tvil om *hvem og hva som egentlig har styrt* og kanskje enda mer bekymringsfullt, *hvem som egentlig styrer* utviklingen ved Instituttet i dag.

Og det leder da altså til mitt *fjerde og siste punkt*, nemlig det at, også som Arild uttrykte det, *trangen til å se fremover* var større enn *viljen til å se tilbake* under hele dagens seanse. Jeg har en gang hørt at antikviteter er det eneste området der fortiden har en fremtid. Jeg vet ikke om det er tilfelle, men av den fortiden som har blitt erindret her i dag, så vokser det få veier inn i framtida, selv om Per F. sa at veien fram går først tilbake. Det er vel som de fleste andre gode formuleringer – også mine – stor sett uoppdagete plagiater. Interessen for framtida var i hvert fall i mine øyne, kanskje det mest *løfterike* ved dagen samling. Ettersom jeg det siste året har brukt mes-

teparten av min tid på å planlegge norsk helse- og omsorgstjeneste kommende fireårsperiode, så ser jeg klare og tydelige oppgaver for Instituttet. Vi går inn i en tid i norsk helsevesen der vi paradoksalt nok får økende behov både for en ny gruppe *generalister* og for en ny generasjon *super-spesialister*.

Spesialistutdanningen, i første omgang for legene, er som dere kanskje vet i støpeskjeen. Hele godkjenningsordningen er i første omgang flytta fra Legeforeningen og tilbake til myndighetene. I neste omgang så skal innholdet formes på nytt. Vi kommer til å få se en ny spesialistutdanning som bli langt mer skreddersydd i forhold til behovet. Her finnes det en stor mulighet og store forventninger til Instituttets bidrag. I første omgang selvfølgelig grunnutdanning, men i de fleste land – eller i hvert fall i mange land – har også universitetene en rolle i videre- og etterutdanningen som kan bli større i landet vårt, og der fakultetene har meldt seg på i kampen om midlene.

Det andre som vi vil oppleve, det er et økt krav og økte forventninger til *samarbeid mellom profesjoner*. Vi går fra en tid der det var et mye mer *én til én-forhold*. Det har både med sykdomsbilde og med behandlingsbilde å gjøre. Vi skal ikke lang tid tilbake fra at de fleste pasienter feilte *én ting* som det var *én behandling* for som kunne gis av *én behandler*. Tenk på det – klart det er en forenkling – men tenk på tradisjonelle infeksjonssykdommer! Vi går inn i en ny tid der de fleste pasienter vil feile *flere ting*, ha mange diagnoser. Og må forholde seg til et mye større team av behandlere over mye lengre tid, kroniske lidelser. Vi vil stå foran et enormt kunnskapsbehov, både om tjenester og om prosesser.

Og sist, men ikke minst, blir verden stadig mindre på ulikt vi både virtuelt og nonvirtuelt. Og Gunnar Bjune minte oss om de tre revolusjonene: Innen *bioteknologi*, innen *IKT* og innen *økonomi og økonomisk globalisering*.

Så helt til sist: *Identiteten er uklart*, Instituttet har *levert og gjort en forskjell* i sine tjue år, det er *uvisst hvem og hva* som har styrt og hva som *styrer utviklingen*, det er en *stor interesse og enda større usikkerhet om fremtiden*.

Og jeg vil avslutte med et av mine favorittsitater, nå fra Mark Twain, «Vi burde alle være opptatt av fremtiden, det er tross alt der vi skal tilbringe resten av vårt liv.» Takk!

(Applaus)

*Øivind Larsen:* Ja, takk til Magne! Da har vi avsluttet den faglige delen av møtet. Vi slår av mikrofonen og opptaksutstyret rigges ned. Etter dette, kjære venner, kan vi *tale fritt!*