

Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin ved Universitetet i Oslo – en biografi

Biografi om et institutt

Biografi?

Er ikke biografi noe man skriver om *personer*?

Å skrive biografi er å skrive om liv og levnet. Et universitetsinstitutt har også liv og levnet. Et universitetsinstitutt er en organisme som i likhet med et menneske forandrer seg hele tiden og er i omgivelser som også forandrer seg. Biografens oppgave er å velge ut og å diskutere karakteristiske trekk. Det kan man også gjøre for et *institutt*.

Biografier over nålevende personer er ofte såkalt *ikke-autoriserte*. Det betyr at den biograferte ikke går god for det som står der. Vedkommende mener kanskje at det som står der er feil, ikke stemmer eller er skjevt framstilt. Men da vekker biografien ofte mer oppsikt og interesse enn hvis den er godkjent og således stemmer overens med den biografertes eget selvbilde. Det blir gjerne debatt. Motforestillinger kommer fram. Det blir etter hvert bedre balanse. Blant annet mellom subjektivt og objektivt.

Men her skrives det om et *institutt*. Hvem kan egentlig *autorisere* en biografi om et institutt? Hvem forvalter et institutts selvbilde? Ledelsen? Det mangehodede fellesskap av forskjellige personer som til sammen og til forskjellig tid utgjør det institutt som biograferes?

Vi lar disse spørsmålene ligge, men glemmer dem ikke.

Å se seg over skulderen

Stemningen var god i Det norske Videnskapsakademis ærverdige lokaler den 12. mai 2011. Drøyt 30 gamle arbeidskolleger fra Universitetet i Oslo, fra det som var blitt kalt IASAM, Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin, var samlet fra morgenen av til et heldagsseminar, med et sosialt kveldsprogram og en festmiddag etterpå som belønning for å holde ut. Her skulle muntlig materiale samles inn til intituttbiografien.



Figur 1: Professor i hygiene Ernst Ferdinand Lochmann (1820-91), en av de mange samfunnsmedisinere med stor bredde. Var det han som slo an den publikumsrettede tonen? (Se side 16 og 58.) Maleri, olje på lerret, av Wilhelm Holter etter fotografi. Tilhører Det norske medicinske Selskab. (Foto: Øivind Larsen)

Bord var stilt opp i et kvadrat, slik at ingen skulle sitte øverst eller nederst ved bordet. Helst skulle bordet vært rundt, men det var det ikke plass til. Mikrofoner var fordelt utover, og kyndig teknisk personell, nemlig instituttets egen overingeniør Morten Ariansen, satt klar ved opptaksmaskinen.

Det som var dagens tema, var elementer ved hva som hadde skjedd ved IASAM fra det ble opprettet i 1990, som en del av en stor prosess da Det medisinske fakultets hele 106 enheter ble slått sammen til bare seks instituttgrupper, senere kalt institutter, og til 1990, da det skjedde nye endringer ved fakultetet, og sammensetningen av det som nå i 20 år hadde etablert seg som IASAM, ble annerledes.

På forhånd var det utarbeidet en emneliste for dagens diskusjoner av en komité bestående av Øivind Larsen, Gerd Holmboe-Ottesen og Jørund Straand, med Terese Eriksen som sekretær, senere endret slik at Elin O. Rosvold gikk inn som komitémedlem, mens resterende sekretærarbeid ble overtatt av prosjektlederen Øivind Larsen selv, idet Terese Eriksen skulle slutte ved instituttet. Elin O. Rosvold og Øivind Larsen var møteledere og moderatorer. Turid Jensen var engasjert til å foreta transkripsjon av lydopptakene. Videre bearbeidelse for utgivelse var bestemt å skulle utføres av prosjektlederen i samarbeid med resten av komitéen.

Metodiske problemer?

Metoden som ble anvendt ved seminaret, var tilnærmet den samme som brukes ved de såkalte *aktørseminarene* som Seksjon for medisinsk antropologi og medisinsk historie anvender og har god erfaring med¹. Denne gang valgte man imidlertid å kalle det *erindringsseminar* for å markere at det er nødvendig med visse tillegninger for et så vidt internt tema som dette. I samsvar med metoden hadde komiteen bedt sentrale personer om å forberede en innledning vedrørende hvert enkelt tema på ca. sju minutter, før diskusjonen ble sluppet løs innenfor den fastsatte tidsrammen.

En metodisk innvending kom nesten umiddelbart ved seminaret, og trengte en like umiddelbar avklaring: Kunne et seminar der to instituttbestyrere var i komitéen bli *objektivt*? Nei, det kan ikke det. Subjektivitet er ikke til å unngå, uansett hvor oppmerksom man er på problemet. Alle har sin egen opplevelse. Men her var *mange* invitert til å delta i diskusjonen og presentere sitt syn på den virkeligheten seminaret skulle drøfte. Subjektiviteten var fordelt på over 30 informanter.

Prosesen videre kan egentlig heller ikke være objektiv: Lydopptakene blir skrevet ut og forsiktig redigert før de blir sendt ut til deltakerne for

1 Den 16. januar 2008 arrangerte Christoph Gradmann, Knut Eirik Eliassen og Anne Kveim Lie et aktørseminar om arbeidet rundt antibiotika og resistens i perioden 1960 til 1995. Den 29. september 2008 var det aktørseminar om da allmennmedisin ble akademisk fag, 28. september 2009 var temaet Da hiv kom til Norge, 27. september 2010 nedleggelsen av Reitgjerdet sykehus og 10. januar 2011 de norske reaksjonene på Tsjernobylulykken i 1986. Referater av seminarene publiseres i *Michael Quarterly*.



Figur 2: Hygienefagets grasrotpreg var tradisjonelt ganske uttalt, og det ble arrangert ekskursjoner, blant annet til bedrifter, for at de kommende leger skulle lære folks arbeidsforhold å kjenne, spesielt når de kom i kontakt med dem i primærhelsetjenesten. Men alt rundt 1960 var dette kommet under press. Bildet viser en ekskursjon til A/S Freia Chokoladefabrik i 1960, arrangert etter initiativ fra interesserte studenter. Men - karakteristisk nok for mange av datidens legestudenter – ingen i gruppen på bildet valgte senere å gå inn i primærhelsetjenesten. Andre fagområder lokket mer. Allmennmedisin var ennå ikke blitt et fag. Fra venstre studentene Oddvar Stokke, senere professor, Ingegerd Frøyshov, senere endokrinolog og overlege, Astrid Nøklebye, senere professor, Ståle Lyngstadaas, senere kirurgisk overlege, og ytterst til høyre Arvid Heiberg, senere professor. (Foto: Øivind Larsen)

kontroll. Sagt er sagt. Den godkjente utskriften blir derfor *en historisk kilde*, men bare *én blant mange kilder* for den som vil utarbeide IASAMS historie på historiefaglig vis. Men det hadde verken seminaret eller biografiprojektet ambisjoner om. Her er målet å trekke fram synspunkter som det kan være nyttig å diskutere videre.

Når innledningskapitlet, biografien, dertil er ført i pennen av én person, en tidligere bestyrer, riktignok i nært samarbeid med resten av komitéen, er det i seg selv enda en grunn til å provosere fram diskusjon. Er ikke dette en biografi som også omfatter en periode der biografen er en del av det biograferte? Vi har alle hver vår virkelighet. Og de forskjellige virkelighetene stemmer ikke alltid overens².

Før IASAM

Allmennmedisin – generell legevirksomhet i en befolkning, med uselekterte pasienter på venterommet – er egentlig den eldste formen for legevirksomhet. Å utdanne personer som er kvalifisert til dette, har alltid vært medisinstudiets viktigste rasjonale, og dermed den viktigste bakgrunnen for i det hele tatt å opprette legeskoler og medisinske fakulteter. Slik var det også da Universitetet i Oslo ble opprettet i 1811 som Det Kongelige Frederiks Universitet³. Riktignok var det den gangen en utilsørt politisk bakgrunn også – det nasjonale universitetet skulle utdanne en nasjonal elite til å bekle topposisjonene i det nye, selvstendige, norske samfunnet. Og legene hørte med til dette samfunnets elite, sammen med prester og jurister. Bergakademiet på Kongsberg utdannet ingeniører som på mange måter var datidens realister, og offiserene hadde sin militære, ofte realfagspregede utdanning. Så det ble teologi, jus og medisin som var viktigst på det nye universitetet.

Sykdommer, sår og skader var hverdagen for de få legene som praktiserte på 1800-tallet. Sykdomspanoramaet ved inngangen til 1800-årene var pre-

2 Jeg mener selv at når jeg forestår dette prosjektet, gjør jeg det på bakgrunn av relativt inngående, kontinuerlig kjennskap til fagområdet samfunnsmedisin og dets liv og levnet ved Universitetet i Oslo gjennom lang tid. Det begynte egentlig for mer enn femti år siden, i 1959, da jeg som student ble fascinert av professor Axel Strøm (1901-85) og hans forelesninger om sosiale ulikheter og helse, og noe senere av professor Haakon Natvigs (1905-2003) undervisning i hygiene. Jeg hadde videre prosjekter med veiledning fra Hygienisk Institutt mens jeg var turnuskandidat og i militæret, før jeg begynte ved instituttet som stipendiat i 1964 og forble i miljøet siden. Som støtte for mine erindringer har jeg blant annet mitt eget arkiv, dagboksnotater og et arkiv med egne fotografier som går tilbake til 1950-årene. Erfaringer fra min deltakelse i Forum for universitetshistorie og som bokkomitémedlem ved utarbeidelse av jubileumsverket til Universitetets 200-års-jubileum i 2011 har også vært til hjelp.

3 For generell historisk informasjon om historien til Universitetet i Oslo vises til jubileumsverkene fra 100-års-jubileet i 1911, fra 150-års-jubileet i 1961 og ni-binds-verket fra 2011. Disse er skrevet på forskjellige måter, slik at de supplerer hverandre.



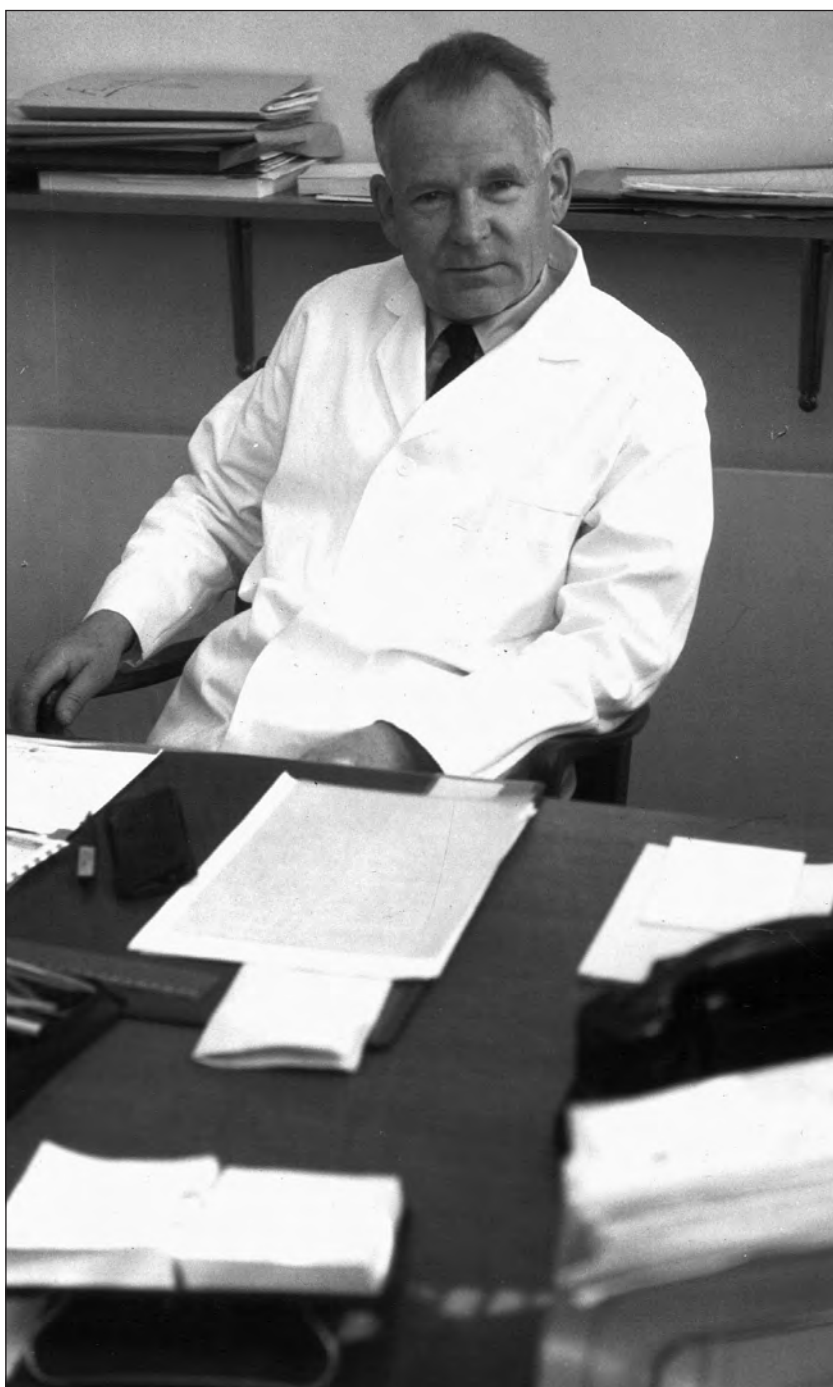
Figur 3: I 1960-årene var Universitetet i Oslo i sterk vekst, og det var vanskelig med lokaler. Bildet er fra eksamen i hygiene i Ingeniørenes Hus 29.5.1962. (Foto: Øivind Larsen)

get av infeksjonssykdommer, og verre skulle det bli. Dessuten hadde man foreløpig bare uklare forestillinger om hvordan smitte skjedde.

For folk som allerede var blitt syke, var det mest symptomatisk behandling som kunne tilbys. Her var det ofte ikke særlig mer legen kunne gjøre enn lekfolk kunne gjøre selv. Det er også holdepunkter for at datidens sykdomsoppfatning var langt mer defaitistisk. Befolkningen aksepterte mer av sykdom og død. Sykdom og død ble i stor grad oppfattet som en naturlig del av livet.

Disse to momentene bidrar sannsynligvis til at behovet for flere leger foreløpig ikke føltes mer skrikende. Bekjempelsen av de smittsomme sykdommene måtte skje gjennom forebyggelse av epidemier, gjennom grupperettet medisin, om enn foreløpig famlende. Men «*medizinische Polizey*» – det vi ville kalt samfunnsmedisin – var internasjonalt et etablert fagområde fra siste halvdel av 1700-tallet. Faget dreide seg om studier av og tilrettelegging av samfunnet med henblikk på best mulig helse⁴. I 1824 fikk vi vår første professor i dette faget, i *hygiene*, Frederik Holst (1791-1871).

4 Om samfunnsmedisinens utvikling i Norge, se f. eks. Schiøtz A. (red.) *Det offentlige helsevesen i Norge 1603-2003 I-II*. Oslo: Universitetsforlaget, 2003 (utarbeidet mens historikerne Aina Schiøtz og Ole Georg Moseng arbeidet ved IASAM), og Larsen Ø. Sundhedsloven 150 år. Lov og forarbeider. *Michael* 2010; 7: Supplement 8.



Figur 4: Professor Haakon Natvig (1905-2003). (Foto: Øivind Larsen 1971)

Det er muligens riktig å si at den pasientrettede medisinen og det samfunnsrettede helsearbeidet skilte lag ved universitetet allerede i 1824.

Det var *medisinstudiet som helhet*, og med en selvfølgelig hovedvekt på de kliniske disiplinene, som kvalifiserte for den legevirksomheten som de fleste nyutdannede skulle ut i, nemlig primærhelsetjeneste av et eller annet slag. Sykehusvesenet var ennå under gryende oppbygging så sent som i siste del av 1800-årene, og spesialistvesenet var ikke etablert – faktisk likte ikke det medisinske etablissement på denne tiden at noen kolleger skulle stikke seg ut og kalle seg spesialister. Og fram til turnustjenesten ble opprettet i 1954, ble de nyuteksaminerte kandidatene kastet rett ut i praktisk allmenn-medisin uten særlig annen klinisk erfaring enn de hadde skaffet seg selv gjennom hospitantopphold eller lignende. Mange leger kunne fortelle om hvordan dette føltes.

Samfunnsperspektivet utvides

Den grupperettede medisinen fikk imidlertid bedre kår⁵. I 1824 var Holst den fjerde medisinske professor som ble ansatt ved universitetet. De fire professorene delte foreløpig fagene seg imellom, og Holsts professorat omfattet derfor også farmakologi. Undervisningen ved det nye fakultetet ble en dugnad av mangesysleri, også for dem som skulle undervise. Tross dette ser vi altså likevel i historiens bakspeil at man vitenskapelig sett allerede for bortimot 200 år siden skilte ut den samfunnsrettede medisinen fra den pasientrettede.

Holst hadde et mangslungent liv. Han hadde allerede arbeidet med det vi vil kalle samfunnsmedisin, blant annet som stadsfysikus i Christiania, før han ble professor, og holdt det gående med samfunnsbyggende arbeid til han ble etterfulgt av Ernst Ferdinand Lochmann (1820-91) i 1866. Lochmann var først og fremst teoretiker og skribent. På slutten av livet kunne han heller ikke drive med laboratoriarbeid og mikroskopi på grunn av synsproblemer, og det var nettopp slikt arbeid som da var aktuelt i verden ellers. For nå var mikrobiologien kommet for fullt, samtidig som smittesykdommene på grunn av den sosiale utviklingen slo til for fullt. *Pressen* var en viktig arena for Lochmann, og den brakte medisinsk tenkning ut til folket – de etiske konfliktene og det vide perspektiv. Var han sin tids Per Fugelli (1943 –)? Det antas at det var Lochmann som var Henrik Ibsens (1828-1906) modell for badelegen Thomas Stockmann i *En folkefiende* (1882).

5 Se Larsen Ø. Hygienisk Institutt 75 år. S. 49-53 i: *Universitetet i Oslo, årsberetning 1968*. Oslo: Universitetet i Oslo 1972.



Figur 5: Gydas vei 8 ved Majorstua, slik bygget så ut i 1989. Institutt for forebyggende medisin, det tidligere Hygienisk Institutt, holdt til i fjerde etasje. Laboratoriene var vendt mot forsiden og ballplassen, mens kontorene lå mot forsiden og mot sydøst. Dyrestallen var i den inntrukne loftsetasjen. Bygget hadde inngangsparti til venstre på bildet. Innenfor lå en stor kurssal for det praktiske laboratoriekurset i hygiene, og innerst i gangen var auditoriet som fortsatt er der i lavblokken. Inn til høyre for inngangen lå også byggets bibliotek, som Hygienisk Institutt hadde felles med Arbeidsforskningsinstituttene. (Foto: Øivind Larsen)

Fakultetene ved universitetet var fortsatt små, og det var lite oppdeling i underenheter. For medisinen vedkommende holdt dessuten enkelte på et mantra om at medisinen nærmest var et udeleglig hele. Men da Axel Holst (1860-1931), Frederik Holsts sønnesønn, ble ansatt som professor i hygiene i 1893, ble farmakologi skilt ut og erstattet med bakteriologi. Samtidig ble et eget hygienisk institutt opprettet ved universitetet. Det er Hygienisk Institutt fra 1893 som er den eldste delen og egentlig opprinnelsen til det som ble til Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin, sammen med andre fag og enheter som kom til etterpå.

Axel Holst fulgte i forgjengernes fotspor og hadde et bredt anlagt perspektiv på hygienen som forebyggende medisin. Han utførte feltstudier angående boligforhold og kloakkforurensning, og han var en pioner i skolehygiene. Men i ettertiden er han blitt mest kjent for de laboratoriestudiene

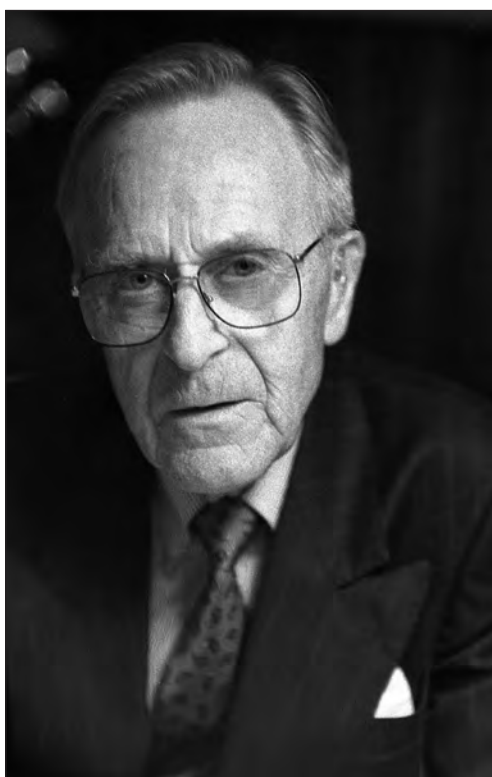


Figur 6: Institutt for allmennmedisin, opprettet i 1968, holdt til i Røde Kors Klinikks bygning i Frederik Stangs gate på Frogner, i en periode sammen med Gruppe for helse-tjenesteforskning. (Foto: Øivind Larsen)

som gjorde at han sammen med Theodor Frølich (1870-1947) og Valentin Fürst (1870-1961) er blitt tillagt æren for i 1907 å ha klarlagt virkningen av det stoffet som ble kalt vitamin C. Dette var egentlig en tilfeldighet, for det han egentlig ville studere eksperimentelt, var mangelsykdommen beri-beri som skyldes for liten tilførsel av tiamin (vitamin B₁). Han brukte marsvin som forsøksdyr. Marsvin er de eneste laboratoriedyr bortsett fra aper som ikke syntetiserer C-vitamin. Og den mangelsykdommen marsvinene fikk, var ikke beri-beri, men viste seg å være skjærbuk.

I tillegg til ernæring hørte også næringsmiddelhygiene med. Holst beskrev, som den første, stafylokokkmatforgiftning i 1896. Den offentlige næringsmiddelkontrollen var lagt til Hygienisk Institutt fra 1908. Fra 1902 holdt Statens epidemilege til ved instituttet, og det ble utført analyser av innsendte drikkevannsprøver.

Også Axel Holst var meget utadvendt og syntes godt i samfunnet. Han var f. eks. formann i den såkalte Alkoholkommisjonen av 1910 som avga innstilling om alkoholomsetning og forbudstid i Norge. Riktignok ble han etter hvert motstander av avholds- og forbudspolitikken. Han deltok i planleggingen av Rikshospitalets kvinneklinikk og av universitetsanlegget på Blindern, var president i Legeforeningen, dekanus ved fakultetet, rektor ved universitetet – og var en ivrig debattant i Kristiania formannskap.



Figur 7: Noen fagområder kom gradvis inn i IASAM-systemet. Et av dem er medisinsk etikk. Filosofen, professor Knut Erik Tranøy (1918 –) tidligere professor i filosofi ved Universitet i Bergen og professor ved Universitetet i Oslo 1978-86, ble seniorstipendiat og fungerende professor i medisinsk etikk ved Det medisinske fakultet, der han fikk opprettet Senter for medisinsk etikk i 1987. (Foto: Øivind Larsen 1994)

Hygienisk Institutt hadde hatt tilholdssted i Rikshospitalets patologibygning. Etter hvert som man blant annet fikk praktisk studentkurs i bakteriologi og mange andre oppgaver, ble det for trangt. I 1929 flyttet man over til nybygget for Statens institutt for folkehelse i Geitmyrsveien. Nå var det bakteriologien som ble skilt ut, og det ble et eget institutt for bakteriologi i 1931.

Axel Holsts etterfølger fra 1931 var den da 54 år gamle Carl Schiøtz (1877-1938) som kom fra skolehelsetjenesten. Han var allerede vel kjent for sine stort anlagte helseundersøkelser i befolkningsgrupper. Han hadde medisinsk embetseksamen fra 1904 og ble i 1907 kommunelege på Nes i Hedmark, der hans store vitenskapelige innsats begynte. I 1918 tok han doktorgrad på en undersøkelse over vekstforholdene hos hele 10 000 skolebarn.

Schiøtz regnes som «far» både til bedriftshelsetjenesten og Oslo-frokosten. Studier av vekst og utvikling var naturlig nok et viktig felt i hygiene-faget ved universitetet i Schiøtz' tid, blant annet fordi han hadde tilgang til egnede undersøkelsespopulasjoner i bedrifter og skolevesen. Schiøtz fastholdt at hygienefaget, datidens samfunnsmedisin, måtte ha solid biologisk for-

ankring, samtidig som man hadde blikket vendt mot befolkningen og dens levekår. Schiøtz ble blant annet formann i Statens ernæringsråd ved opprettelsen i 1937. Folkeforbundet i mellomkrigstiden, FN's forløper, hadde en hygienekomité. Der var Schiøtz medlem.

Aktiv forebygging gjennom helseopplysning til nøkkelpersoner var også et viktig anliggende for Schiøtz. Han startet derfor tidsskriftet «Liv og Sundhed», senere «Liv og Helse», i 1934 og hadde skolefolk som sin spesielle målgruppe. Schiøtz døde imidlertid tidlig, bare 61 år gammel, av den sykdommen han selv hadde vært så ivrig for å bekjempe – tuberkulose.

Etterfølgeren i hygieneprofessoratet, Axel Strøm (1901-85), kom fra bakteriologien, med bakgrunn fra Johns Hopkins University, Baltimore, Maryland, USA, og fra Statens Institutt for folkehelse i Oslo og Statens Seruminstitut i København. Han var helseinspektør i Oslo kommune fra 1934 til 1940. I 1940 ble han utnevnt som professor i hygiene ved universitetet. Strøms profil var mer vendt mot hygienefagets sosialmedisinske sider og forholdet mellom levekår og helse, på tross av at hans doktorarbeid fra 1936 var på noe så biomedisinsk som produksjon av differitoksin.

Forholdene i krigsårene reiste en rekke sosialmedisinske forskningsspørsmål, likeledes den begynnende oppbyggingen av velferdsstaten i årene som fulgte like etterpå. Strøm videreførte Carl Schiøtz' bredt anlagte lærebok i hygiene (1937) i 1948.

Det vil sannsynligvis være riktig å si at hygienefaget i Norge hadde fulgt kontinentets sosialhygieniske tradisjon med å ha en sterkt utadrettet årvåkenhet for helseskadelige og helsefremmende faktorer i samfunnet. Axel Strøm innehadde da også en lang rekke nøkkelposisjoner i fakultetet, i Den norske lægeforening og i andre deler av samfunnet – foruten at han var klinisk aktiv som overlege ved Rikshospitalets sosialmedisinske avdeling og som bedriftslege. Så kontakten med både det friske individets og pasientens perspektiv hørte med.

Kontakten mellom det samfunnsmedisinske universitetsmiljøet og omverdenen var tett og sterk. Eksempler: Professor Strøm var Forsvarets sjefhygieniker 1945-53, han satt i Statens ernæringsråd og i Landsforeningen Kosthold og helse, og han var norsk delegat til FAO (Food and Agriculture Organization) og WHO.

Carl Schiøtz hadde sett for seg Hygienisk Institutt som et sentrum for hygienisk og sosialmedisinsk forskning, og Axel Strøm fulgte opp dette – inntil en ny tid meldte seg.



Figur 8: Det nærmeste man kom en School of public health i Norge i 1960-årene, var Helsedirektoratets kurs i offentlig helsearbeid for leger. Dette utdanningstilbudet var blitt utviklet i årene etter krigen sammen med andre kursopplegg for helsesøstre mv. Kursene ble holdt i krigsårenes «Gimle», Villa Grande på Bygdøy. Bildet er fra en avslutningsmiddag, holdt i Quislings forhenværende «hirdsal». Helsedirektør Karl Evang (1902-81) holder tale. Fra venstre sees stadsfysikus i Oslo Fredrik Mellbye (1917-99) og den senere fylkeslege Edvard Fjærtøft (1929-92) ved siden av den senere helsedirektør Torbjørn Mork (1928–92). (Foto: Øivind Larsen)

Ny oppdeling

Tiden etter Den annen verdenskrig var på mange måter reduksjonismens tid i den vitenskapelige verden. Det var en alminnelig mening at veien til forståelse gikk gjennom *oppdeling* og gjennom studiet av de *enkeltelementene* som til sammen utgjør helheten. Også for medisinen og de medisinske fag gjaldt dette. Mange andre faktorer spilte også inn, men utviklingen ble synliggjort innenfor medisinen ved oppdelingen i småfag. Faktisk ble det etter hvert faglig nødvendig å etablere en egen, spesialisert identitet for at et fag skulle kunne hevde seg.

Et av miljøene ved Det medisinske fakultet der dette skjedde, var innenfor det voksende faget hygiene som ble delt i 1951, eller rettere – fikk en avlegger. Axel Strøm fortsatte, men nå som professor i *sosialmedisin*, noe som passet bedre med den aktiviteten som hadde opptatt ham i de nærmeste årene forut.



Figur 9: Professor Kaare Norum (1932 –) var dekanus ved Det medisinske fakultet da den store sammenslåingen ble vedtatt i 1988, gjennomført fra 1990. (Foto: Øivind Larsen 1989)

Hygienisk Institutt fortsatte for så vidt som før, men fikk nå en ny professor i *hygiene*, Haakon Natvig (1905-2003). Hans doktorgrad fra 1941 beskrev betydningen av vitaminstatus for individets resistens mot infeksjoner, eksperimentelt studert ved tuberkulose hos marsvin.

Natvig hadde samme tilnærming til den bredt anlagte hygiene som især Carl Schiøtz hadde hatt. Han ønsket å knytte forskningen og dens resultater nær opp til hygienisk praksis ute i samfunnet. Natvig selv var som sine forgjengere meget allsidig og utadvendt. Han drev for eksempel Schiøtz' helseopplysende tidsskrift «Liv og Helse» videre. Han satt i sentrale posisjoner i en rekke eksterne organer og organisasjoner innenfor folkehelsefeltet, og var også dekanus ved fakultetet.

Natvig var meget aktiv på hygieniske områder som f. eks. arbeidsmedisin og næringsmiddelhygiene. I mellomkrigstiden var såkalt sinkfeber i metallstøperier et stort problem, og Natvig studerte det meget grundig, blant annet ved å påføre seg selv sykdommen. Men resultatene ble straks omsatt i praksis. Forebyggende tiltak ble innført og sykdommen forsvant.

Innenfor næringsmiddelhygiene var Natvig blant annet pådriver for å få felles nordiske metodikker til undersøkelse og kontroll av matvarer og



Figur 10: Det tidligere søsterelevhjemmet på Ullevål sykehus ble bygg for mesteparten av Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin. Her er bygget fotografert i 1999, før Ullevåls kreftsenter ble bygd, og det var godt synlig fra sykehusområdet. (Foto: Øivind Larsen)

prosesser, slik at standardene kunne bli sammenliknbare de nordiske land imellom. Og «the state of the art» skulle ut til praksisfeltet – f. eks. gjennom hans lærebok i kjøkkenhygiene som kom i sin første utgave i 1967.

Schiøtz' interesse for vekst og utvikling og hva som egentlig var det biologisk «normale», ble videreført av Natvig, blant annet ved hjelp av data fra skoler, fra bedrifter og fra militære sesjonsmannskaper. Instituttets studier av normalverdier for hemoglobin nærmet seg sterkt hematologien. Det ble f. eks. gjort interessante studier vedrørende betydningen av kostens jerninnhold, der blant annet brødmel ble tilsatt jern i geografisk identifiserbare distrikter, hvoretter man fulgte opp med blodundersøkelse av dem som bodde der. Den laboratoriebaserte kostholdsforskningen ved Hygienisk Institutt fortsatte helt til laboratorieseksjonen ble nedlagt i 2010.

Selv om mye av *epidemiologien* var overtatt av sosialmedisinerne i 1950-årene, var interessen fortsatt til stede ved Hygienisk Institutt. I 1960-årene ble det således utført kostholdsstudier på gruppenivå, blant

annet for å sammenlikne sjøfolk med folk i land. Norge hadde den gang sjøfolk som en stor yrkesgruppe, i 1960-årene 50-60 000 i utenriksfart. Etterkrigstidens norske skipsredere hadde ord på seg for å fore sine sjøfolk godt – kanskje med uheldige helseeffekter som følge. Disse – og andre – studier kan imidlertid sees som en del av arbeidene om hva som er «normalt» – instituttet var da også ansvarlig for utarbeidelse av normaltabeller for høyde/vekt-forholdet, publisert i 1956.

Ikke lenge etter at forholdet mellom røyking og helse var blitt epidemiologisk dokumentert fra utlandet, satte instituttet i gang kartlegging av røykevaner i ulike grupper av befolkningen. Til dette er å bemerke at man fortsatt befant seg i tiden før datamaskinene, slik at enhver statistisk kalkulasjon medførte atskillig manuelt arbeid, ofte endog ved hjelp av regnemaskin med sveiv. Det førte til betydelig intellektuelt arbeid også – de statistiske tester man valgte å gå løs på, var nøye utvalgt når beregningene var så tidkrevende. Dette var før statistikkprogrammenes tid.

Tor Bjerkedal (1926 –) hadde bakgrunn i tuberkuloseforskning. Han hadde arbeidet både ved Hygienisk Institutt og i Statistisk Sentralbyrå, ble professor i hygiene i Bergen i 1969 og kom til Oslo som Haakon Natvigs etterfølger i 1976, medbringende avansert epidemiologi som en hovedinteresse. Han opprettet for øvrig i sin Bergens-tid det banebrytende Medisinsk Fødselsregister.

Den nære tilknytningen mellom instituttet og den den gang stadig voksende og velstrukturerte bedriftslegeordningen, bevirket at man fortsatt hadde god tilgang på undersøkelsespopulasjoner, hvilket ble flittig brukt. F. eks. i 1964 ble det gjort studier over effekt av umettede fettsyrer på forekomsten av hjertesykdommer.

Hygienisk Institutt hadde laboratorier. F. eks. i studier av luftforurensingen i Oslo ble det utført omfattende feltstudier lenge før dette ble et stort – og også politisk interessant – område som ble skilt ut fra instituttet og universitetet og især overtatt av Norsk Institutt for Luftforskning (NILU). Førsteamanuensis Walter Lindberg (1913-90) ved Hygienisk Institutt, ble på tross av hans bakgrunn som utdannet lege, til og med tildelt Den norske ingeniørforenings luftforurensningspris i 1970.

I 1956 hadde instituttet som en foreløpig ordning flyttet inn i ZEB-bygget på universitetsområdet på Blindern. I 1963 flyttet man imidlertid videre til Gydas vei 8 på Majorstua. Nybygget her huset Hygienisk Institutt i øverste etasje, med noen rom i kjelleren, det var et felles auditorium for alle i bygget og et felles bibliotek. Men ellers i bygget var Arbeidsforskningsinstituttene, det senere Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI). Disse instituttene lå Hygienisk Institutt faglig ganske nær, men de lå under et annet



Figur 11: Fra julefesten ved IASAM i 1995: Universitetslektor i sosialmedisin Grete Hovind Stang, professor Dag Bruusgaard og forsker ved Seksjon for allmennmedisin Elise Klouman. (Foto: Øivind Larsen)

departement, Arbeidsdepartementet. Det var også andre skillelinjer som gjorde at kulturene ikke var helt sammenfallende.

I Gydas vei 8 hadde Hygienisk Institutt fått moderne forskningslaboratorier. I loftsetasjen var det en stor dyrestall med laboratorierotter som ble tatt godt hånd om av dyrepasser Ernst Wulff-Rasmussen. Han var en litt spesiell type, blant annet tillagt det kjente utsagn om at rotten er den eneste skapning som forener skjønnhet med intelligens.

Laboratoriemiljøet i bygget gjorde at forskningsmulighetene ble betydelig bedre enn før, også for avansert laboratorievirksomhet. F. eks. kunne den senere professor ved instituttet Odd D.Vellar (1930-) gjennomføre en serie studier av tap av næringsstoffer gjennom svette. I samarbeid med de øvrige instituttene i huset kunne benyttes laboratorier i kjelleren der man kunne utføre fysiologiske forsøk, f. eks. med oksygenopptak ved fysisk belastning.

Instituttet disponerte også et stort undervisningslaboratorium, der det ble holdt obligatorisk kurs for legestudentene i hygieniske undersøkelsesmetodikker. Det er – sett i etterpåklokskapens lys – sannsynlig at innføringen av dette kurset, noe som var blitt mulig i de nye lokalene, kom litt sent i forhold til utviklingen i samfunnet ellers. Den alminnelige reduksjonisme og oppsplitting av oppgaver og ansvar hadde medført at de nyutdannede



Figur 12: Utplasseringen av studenter i allmennmedisin er meget viktig i nåtidens medisinerundervisning. Vinstra er et populært sted. Her viser sjefen på helsesenteret, dr. Jo Telje (1940 –) studenten veien inn til hennes arbeidsplass de kommende ukene. (Foto: Per Hjortdahl)

legene ikke fikk så mye bruk for denne kunnskapen som tidligere generasjoner ville ha hatt. Men det finnes ganske mange eldre leger i Norge som har fått inn under huden hvordan de f.eks kan avsløre dårlig middagsoppvask ved hjelp av en enkel fargeprøve.

Helseopplysning i Carl Schiøtz' ånd var fortsatt også et aktuelt felt, især videreført av professor Odd D.Vellar.

Motsatsen til *reduksjonisme* er *holisme*. Med holisme mener man at summen av enkeltelementene gir mer enn hvert enkelt til sammen. Selv om dette ordet ikke ble brukt, var det lenge en slik holistisk tilnærming som var idealet ved Hygienisk Institutt. F. eks. da faget medisinsk historie ble gjeninnført i 1964, etter at det ikke hadde vært noen stilling i det ved fakultetet siden dosent Adolf Fonahns (1873-1940) død, ble det lagt til Hygienisk Institutt. Natvig selv var meget interessert i historie, og hans lærebok i hygiene hadde en ganske omfattende historisk del for å påpeke de lange linjers betydning i folkehelsearbeidet.

Haakon Natvigs videreføring av Schiøtz' og Strøms lærebok i hygiene (1958) var sterkt preget av fagets utadvendte rolle, praktiske anvendbarhet



Figur 13: Studenter utplassert i Drammen lærer å undersøke ører. (Foto: Per Hjortdahl)

og mangfoldighet. Den var både studenthåndbok og oppslagsbok for praktisk helsearbeid på alle nivåer. I 1960-årene var det ingen tvil om hva samfunnsmedisin var, både på grunn av Hygienisk institutts profil – og på grunn av at man ute i samfunnet hadde distriktslegene og det offentlige helsevesen for øvrig som klangbunn for den akademiske aktiviteten.

Professor Natvig var meget bestemt i én sak: Når man arbeidet som lege på teoretisk nivå i et akademisk institutt, måtte man ikke miste praksis av syne. Derfor nærmest beordret han stipendiater og andre ut i ekstrasjobber, gjerne som bedriftsleger, et arbeid han selv både likte og anbefalte.

Levekår og pasienter

Ved Sosialmedisinsk institutt, som holdt til og var integrert med Sosialmedisinsk avdeling ved Rikshospitalet, var virksomheten dels konsentrert om levekår og helse i sin alminnelighet, slik professor Strøm hadde erfaring med. Det ble også gjennomført feltstudier. For eksempel foretok legen Rolf Hanao (1944-) omfattende studier av de strøkene i bydelen Tøyen som skulle totalsaneres med innvirkning på de fleste innbyggerne som bodde

der. Hanao ble senere professor i sosialmedisin i Tromsø, overlege i Arbeids-tilsynet – og karkirurg. Sosialmedisinsk institutt hadde sosialantropologer ansatt, blant annet Benedicte Ingstad, som senere ble professor i medisinsk antropologi og må tilskrives æren for å ha bygd opp dette faget ved Universitetet i Oslo.

Den kliniske siden av sosialmedisinen ble etter hvert preget av utbyggingen av trygdevesenet. Læreboka i sosialmedisin, utgitt av Axel Strøm (1956) var allerede før den kom ut blitt supplert med en såkalt veileder i sosialmedisin (1954), slik at studenter og leger skulle kunne finne fram i trygdejungelen. Denne veilederen måtte selvsagt stadig fornyes og utvides på grunn av utviklingen og de hyppige forandringene i regelverket. 1998-utgaven, ved Rolf Hanao, var på hele 1041 sider! Det var også sosionomer ansatt med særlig henblikk på denne delen av aktiviteten, f. eks. Eva Koren, Bente Wilmar og Grete Stang.

Professor Axel Strøms etterfølger fra 1972 var psykiateren Per Sundby (1926 –). Sundby disputerte i 1967 på et arbeid om alkoholisme og dødelighet, og han var dosent ved instituttet fra 1968. Også Sundby var samtidig overlege ved Rikshospitalets sosialmedisinske avdeling (1972-91).

Profilen ved Institutt for sosialmedisin skilte seg etter hvert mer og mer fra Hygienisk Institutt ved at man spesialiserte seg på de svake gruppers levekår og helseproblemer.

Instituttets sentrale medarbeidere var ofte sterkt utadvendte og synlige også på den politiske arena, gjerne på venstresiden. Kari Kromann var f. eks. med inn i bystyresalen i Oslo da det ble kvinneflertall ved valget i 1971. De senere professorer ved instituttet Berthold Grünfeld (1932–2007) og Hans Jakob («Jappe») Stang (1933 –) bidro blant annet til å gjøre seksualitet til noe «normalt» gjennom sine mangeårige avisengasjementer.

Sammen med enda en psykiater i toppstilling ved instituttet, dosent fra 1974, senere professor Kjell Noreik (1929 –) drev de også en utstrakt rettspsykiatrisk virksomhet.

Den samfunnsrettede, utadvendte profilen ble bibeholdt da allmennmedisinprofessoren i Bergen Per Fugelli (1943 –) overtok som professor i sosialmedisin i 1992, etter sammenslåingen til IASAM, og i de kommende tiårene ble en synlig og hørbar del av den offentlige debatt om helsespørsmål.

Sosialmedisinen vendte seg i høy grad mot folket, folkets helseoppfatning og folkets behov.

Hva med allmennmedisinen?

Her var det lenge et historisk paradoks. Etter Den annen verdenskrig var helsebegrepet blitt utvidet, ikke bare formelt gjennom Verdens helseorga-



Figur 14: Det var tilsvarende institutter som IASAM ved de andre fakultetene i Norge, og det ble holdt kontaktmøter for gjensidig informasjon. Bildet viser et møte i Bergen 23. september 1995. Fra venstre Ivar Aaraas (Tromsø), Morten Kvisvik (Oslo), Berit Rostad (Trondheim), Lorentz M. Irgens (Bergen), Bjarne Koster Jacobsen (Tromsø) og Kjell Haug (Bergen). (Foto: Øivind Larsen)

nisasjon (WHO), men også i befolkningen. Mange faktorer bidro til dette, blant annet at det meldte seg behandlingsmuligheter for plager folk flest trodde bare hørte med til livets gjenvordigheter. Gammelmannsgikt i den ene enden av aldersspekteret og menstruasjonssmerter hos skolejenter i den andre er bare eksempler på hverdagsplager som ble til medisinsk behandlbare tilstander da antiflogistika, dvs. NSAID-preparatene, etter hvert kom på markedet i 1960-årene. Og da meprobamat ble tilgjengelig fra 1951, senere fulgt av flere andre preparater, kunne dagliglivets angster og uro dempes. De nye medikamentenes rolle for bosettingen i Norge i etterkrigstiden er ikke studert. Med noen tabletter i bakhånd og etter hvert trygd til dekning av de nødvendige utgiftene, kunne mange holde ut alderdommen noen år lenger slik de helst ville ha det, f. eks. i fiskebåten eller på småbruket. I det store regnskap ble belastningen på den offentlige omsorgen mindre og i mikroperspektivet ble den enkeltes livskvalitet bedre. Men alt dette krevde



Figur 15: Etter sammenslåingen i 1990 ble det holdt en rekke strategikonferanser, her på Tyrifjord Hotell, Vikersund i 1994. Fra venstre Margery Sitkin, Morten Kvisvik og Even Lærum. (Foto: Øivind Larsen)

kompetente leger til å skrive ut de tilgjengelige medikamentene. En attraktiv jobb?

Ved at sulfapreparater og antibiotika kom i allmenn bruk etter Den annen verdenskrig, kunne de fleste av de til da hyppigste folkesykdommene, nemlig infeksjonene, også behandles med suksess. Lungebetennelsens tidligere skremmende aura av tidlig død ble avbleket når distriktslegen kunne komme med penicillinsprøyten. Primærlegen ble nøkkelpersonen. Kulepenn og reseptblokk ble de viktigste medisinske instrumenter. Det kunne gå raskt unna på legekontoret, og etterspørselen etter legetjenester var gjerne stor. 1950- og 1960-årene ble en økonomisk gullalder for allmennpraksis, også fordi trykkesystemet var under utvikling og etter hvert jevnet ut, eventuelt fjernet økonomiske hindere mellom folk og helsetjenestene. Det hendte at distriktsleger cruiset rundt i Mercedes 220 på småsteder der folk flest kjørte moped med fiskekasse bakpå, hvis de i det hele tatt hadde noe eget framkomstmiddel. Attraktivt å være primærlege?

Det paradoksale er at denne førstelinjemedisinen hadde liten eller ingen plass i legestudiet. Det var det nye og det spennende i basalfagene og på



Figur 16: For ledelsen ved de nye, store instituttgruppene arrangerte fakultetet flere leder-samlinger. Bildet er fra et slikt ledermøte på Klækken Hotell i februar 1999. Fra venstre sees kontorsjefene Jens Andreas Wold, Solveig Hatling og Svein Haglund, foreleseren, psykologi-professor Carl-Erik Grenness og dekanus Stein A. Evensen. (Foto: Øivind Larsen)

sykehusene som fenget studentene og som lærerne var interessert i. I 1950- og 1960-årene var også sykehusvesenet under sterk utbygging. Det sto jobber klare, riktignok ikke spesielt godt betalt, men godt nok, for de unge som kom ut fra studiet og hadde gjort seg ferdig med halvannet års turnus-tjeneste på sykehus og i distrikt, og for de mannlige studentenes vedkommende, dvs. de flestes, ett års tjeneste som militærlege. Få gikk rett inn i primærlegestillinger. De som gjorde det, var ofte der bare en kort tid, og da for å få betalt ned studiegjelden fortest mulig. Så kallet sykehusmedisinen! Det var der det skjedde! Det var der framtida lå! Dette til tross for at det var åpenbart for svært mange at det var *i primærhelsetjenesten* behovene ville melde seg etter hvert, slik planene for helsevesenet tok form i Norge.

Allmennmedisinen ble forgubbet i 1960-årene. Rekrutteringen var ikke god. Prestisjen gikk ned, tross gode kår. Hvordan skulle dette gå? Da ble det tatt initiativ fra framsynte allmennmedisinere og fra Den norske lægeforening. Allmennmedisin måtte bli et eget fag, et akademisk fag. Og det ble det, da Institutt for allmennmedisin ble opprettet ved Universitetet i



Figur 17: Det er et karaktertrekk som IASAM skal huskes for i framtiden – de fleste oppfattet instiuttet som en hyggelig arbeidsplass! På julefesten i 1995: Morten Ariansen, vår data-ansvarlige, og Inger Buskerud fra biblioteket. (Foto: Øivind Larsen)

Oslo i 1968 med indremedisinen Christian Borchgrevink (1924-) som den første professor i faget. Allmennmedisinens videre historie som fag skal imidlertid ikke gjennomgå her, da den er dekket i detalj ved det aktørseminaret om temaet som ble avholdt i IASAMs og medarbeideres regi i 2008 og publisert i Michael i 2009⁶.

Norsk folkehelse – hvem har æren?

Det er liten tvil om at den sterke utbyggingen og opprustingen av allmennmedisin, fram mot den faste forankringen i 2000-tallets helsevesen, har hatt mye å si for norsk helse og trivsel. Og målt opp mot de fleste standarder er norsk folkehelse god.

Men vi skal ikke glemme at den grupperettede medisin har vel så mye av æren som primærmedisin og helsetjenesten ellers. Og der har mye

⁶ Evensen SA, Gradmann C, Larsen Ø, Nylenna M. (red.) Allmennmedisin som akademisk fag. *Michael* 2009;6:11-126.

skjedde i det stille. Hygienisk kunnskap bidradd til den *hygieniske sanering* som har skjedd i etterkrigs-Norge, ikke i medisinsk regi, men i *andres*. Samfunnsmedisinen har gitt premisser, men de viktige helsetiltak disse premissene har medført, oppfattes ofte ikke som helsetiltak før man har tenkt seg litt om.

Fra Den annen verdenskrig og framover ble f. eks. innlagt vann, bad og WC selvfølgelig standard i norske hjem, hvilket det ikke var da krigen var slutt. Statens institutt for folkehelse, nå Nasjonalt folkehelseinstitutt, har etter hvert inntatt en sentral rolle i samfunnsmedisinsk monitorering og forskning som grunnlag for blant annet implementering av miljømedisinsk kunnskap i praktisk forvaltning. Enkelte vil hevde at vår viktigste helselov både har vært – og er – Plan- og bygningsloven.

Andre sterke aktører utenfor universitetssystemet, så som f. eks. Statens helsetilsyn, Kreftregisteret, Medisinsk fødselsregister, Statistisk sentralbyrå, Mattilsynet, Kunnskapssenteret og flere andre legger til sammen det kunnskapsmessige grunnlaget for utviklingen av norsk folkehelse, ut fra et samfunnsmedisinsk, befolkningsrettet perspektiv som virker sammen med den kliniske medisins individrettede tilnærming. Et bredt spektrum av premisleverandører bereder grunnen for politiske prioriteringer og beslutninger.

Professorene Frederik Holst, Ernst Lochmann, Axel Holst, Carl Schiøtz, Axel Strøm og Haakon Natvig fulgte etter hverandre og bestrebet seg på å utvikle dette brede spektrum også som *en akademisk helhet på Universitetet*. Fra 1960-årene ble dette stadig mer komplisert. Det var noe med tiden i sin alminnelighet som gjorde det vanskelig for dem som fortsatt forsøkte.

Reduksjonisme og reduksjon

Utover på 1970-tallet fortsatte den vitenskapelige spissingen. Bra for dybde og kvalitet i mange fag, men ikke ubetinget for alle, og slett ikke for fag der målsettingen var fagovergripende, slik som for de samfunnsmedisinske fag. Der *det fagovergripende var en verdi i seg selv*.

Dessuten skjedde det noe viktig i universitetsverdenen. Styringssystemene ble lagt om. Fra rundt 1970 veltet demokratiet inn. Mens de gamle professorer nærmest hadde vært eneveldige herskere på sine institutter, kom det nå nye toner. Medbestemmelse og innsyn! Fra vitenskapelig personale, teknisk personale og studenter. Fakultetsrådene besto så sent som i begynnelsen av 1970-årene så å si utelukkende av professorer og dosenter som satt der i kraft av de embeter de innehadde. Og Universitetet i Oslo hadde vokst, så fakultetsrådssalen på toppen av det nye Administrasjonsbygget på Blindern var stor!



Figur 18: Masterkurset i international community health utviklet seg til å bli litt av et flaggskip for instituttet. Her et av kursene, fotografert 18.11.2008. (Foto: Øivind Larsen)

Den gamle stil hadde vært vel og bra, kanskje endog meget effektiv, dersom sjefen var dynamisk, iderik, entusiasmerende og aktiv. Men man hadde eksempler på at systemet kunne føre galt av sted. En professor i fysiologi, navn unevnt her, brukte for eksempel mye av sin tid på å håndlage en skalamodell av lokomotivet «Dovregubben». Jeg har selv sett lokomotivet. Faget fysiologi blomstret voldsomt opp da professoren fikk en etterfølger som var interessert i fysiologi.

Studentene ble også *hørt* på en ganske annen måte enn før. Dette slo blant annet ut når det gjaldt undervisningen, faglig sett både på godt og vondt. Allmennmedisin kunne glede seg over å være midt i smørøyet for de nye strømningene, både for radikale studenter med grasrot i øyekroken og for konservative med gammeldags legepraksis som ideal. I allmennmedisinen fant de hva de lette etter.

Men samfunnsmedisinen hadde nå begynt å få problemer. Hygien ble oppfattet som paternalistisk og autoritær. Selve ordet «hygiene» hadde også en bismak, ettersom tidligere tiders puritanere hadde brukt begrepet «hygieniske artikler» som metafor for tabuordet «kondomer». Kort sagt, Hygiene skiftet navn til Forebyggende medisin, uten at det nødvendigvis



Figur 19: Utenlandsutplasseringen i praksisperioden var populær blant medisinerstudentene. Det var studenter i mange land og verdensdeler. Her ser vi fra utplasseringen i Latvia. De fleste studentene var mesteparten av tiden i hovedstaden Riga som på 1990-tallet var fremmedartet nok. Men avstanden er stor fra Rigas boulevarder til fjerne landsbyer. På bildet, som er tatt 17. januar 1996 i vinterlige Madliena i Ogre-fylket øst for Riga, ser vi fra venstre den lokale praksisinstruktøren, dr. Guntis Kilkuts, stud. med. Mette Kalager og IASAMs kontorsjef Morten Kvisvik. (Foto: Øivind Larsen)

ble drøftet tilstrekkelig om ikke dette navneskiftet også hadde andre konnotasjoner og konsekvenser, f. eks. at det innskrenket fagområdet.

Natvigs lærebok, som tjente som standardlesning og fagdefinisjon, skulle etter hvert revideres. Den ble forenklet og forkortet – moderne studenter blir trette av å lese så mye, mente man. Perspektivet ble innskrenket, vidvinkelen redusert.

Et paradoks kom til syne. 1970-årenes studentradikalisme og den økende internasjonale legeskepsis la vekt på levekår, sosiale ulikheter og urettferdigheter. Men samfunnsengasjementet hos studenter utviklet seg i politisk, ofte virkelighetsfjern retning, også hos mange medisinerere, istedenfor å vende seg mot metoder og muligheter man allerede hadde innenfor samfunnsmedisinen. Det var egentlig ikke nødvendig å drømme om en gjennomgripende samfunnsrevolusjon, for verktøy for forandring var i mange tilfelle allerede tilstede.

Blant de radikale og samfunnsmedisinsk engasjerte medisinerstudenter og yngre leger foregikk det imidlertid ganske mye i 1970-årene. Rolf Hanoas (1944 –) arbeidsmedisinske aktivitet hadde alt lenge skapt bekymring i bedrifters styrerom. Ebba Wergeland (1946 –), med lege-eksamen fra 1970, hadde allerede tidlig et klart, radikalt ståsted som gjennomsyret hennes karrierevalg innenfor arbeidsmedisinen, også som medarbeider ved IASAM. Det samme gjaldt hennes kollega Kitty Strand (1947–2001).

På det teoretiske plan begikk Erik Falkum (1950 –), cand. med. 1977, senere professor i psykiatri, allerede som student en oversettelse fra fransk av den ideologisk viktige Michel Foucaults *Galskapens historie* (1. norske utgave 1973) sammen med Fredrik Engelstad, før han kom til Seksjon for medisinsk historie og ga ut boka *Sykdomsoppfatning, helseomsorg og samfunn* i 1978 som en av flere, der en radikal medisinhistorisk tilnærming var anvendt og ga nye og uvante perspektiver.

Tellefagene

I de samfunnsmedisinske fagene skjedde det noe viktig i etterkrigstiden og ganske spesielt fra 1970 og utover. De kvantitative aspektene med tilhørende arbeidsmetoder var på full fart inn. Data-alderen var begynt. Ny kunnskap ble hentet inn med epidemiologiske metoder og forfinet statistikk. Men det braket for alvor løs da datamaskiner kunne tas i bruk. Dette gjaldt alle de samfunnsmedisinske fagene, for eksempel også i medisinsk historie.

Nå var ikke kvantitative tilnærminger nye, heller ikke f. eks. bruk av hullkort, noe man i Norge hadde anvendt allerede ved folketellingen i 1900. Det som var nytt, var at problemstillinger og metoder hadde utviklet seg, og med den tilgjengelige datakraften kunne man nå ta for seg store tallmaterialer. Det ble betydelig enklere å gå inn i slike materialer som f. eks. Carl Schiøtz hadde måttet bearbeide for hånd. Det ble f. eks. klart at forståelsen av både blodtrykkssykdommen og hjerte- kar-sykdommer i sin alminnelighet ville bli vesentlig bedre dersom man kunne foreta større epidemiologiske studier. Tidlig forskning i allmennmedisin var også nødvendige kvantitative analyser av legesøkning og praksis.

På Institutt for forebyggende medisin i Gydas vei 8 spisset man seg inn mot epidemiologi i begynnelsen av 1970-årene. Det var der støtet ble satt inn. I det samfunnsmedisinske miljøet i Tromsø, der det nye universitetet var blitt opprettet i 1968, hadde man allerede oppnådd oppmerksomhet og suksess med stort anlagte medisinske befolkningsundersøkelser.

Haakon Natvigs etterfølger fra 1976, Tor Bjerkedal, var epidemiolog, så for ham var det naturlig at det var på dette området det ble satset ved Institutt for forebyggende medisin. Konsekvensen var imidlertid at det ble harde tider for andre aktiviteter ved instituttet, især laboratorievirksomheten. Nå hadde imidlertid reduksjonismen allerede gjort en god del av sin gjerning. Arbeidsmedisinen var – naturlig nok – mer eller mindre blitt overtatt av Arbeidsforskningsinstituttene og dermed blitt redusert som fagområde ved universitetet. Luftforskningen var mer eller mindre blitt skilt ut. Veterinærene og næringsmiddelkontrollen hadde tatt over matsikker-



Figur 20: Professor Per Fugelli ble 19. oktober 2010 tildelt Karl Evangs pris for sin innsats som helseopplyser. Her holder han sin takktale. (Foto: Øivind Larsen)

heten. Johan Throne Holsts institutt for ernæringsforskning var blitt det sentrale miljø for ernæring.

Så det var en generell oppsplitting på gang. En oppsplitting som sant nok styrket enkeltelementene som fagområder, men sett fra et samfunnsmedisinsk ståsted med et praksisnært helhetssyn, var det likevel en *oppsplitting*.

«Hva er samfunnsmedisin?»

Hvordan ble det da med fagdefinisjonen for hygiene, forebyggende medisin, samfunnsmedisin, eller hva man ville kalle det? «Hva er samfunnsmedisin?»

er et spørsmål som ofte er kommet opp i tiden som er gått siden 1980-årene. Det er sjelden at diskusjonene kommer fram til noe omforent svar på spørsmålet.

Problemene med fagdefinisjonen som samfunnsmedisinen fortsatt har, begynte egentlig i 1970- og 1980-årene. Haakon Natvig var trolig den siste av samfunnsmedisinens høvdinger ved Universitetet i Oslo som kombinerte det å *ville* bevare en multifasettert, tverrfaglig profil med det å *klare* å gjøre det.

En *lærebok* er viktig for fagdefinisjonen. Det gjelder generelt. Det sender klare signaler utad. *Allmennmedisinerne* drev med oppbygging av sitt fag, og benyttet utarbeidelsen av en lærebok som et eget, fagspesifikt verktøy med stor dyktighet. I de første årene hadde det således vært forfattet bøker med mer ideologisk enn praktisk innhold. Men den læreboka som kom til å definere faget allmennmedisin og som samtidig ble en «hands on» veileder for allmennpraktikere ute i feltet, er *Allmennmedisin* (1997)⁷, redigert av professor Steinar Hunskaar i Bergen med en redaksjonskomite bestående av Marit Hafting, Irene Hetlevik, Knut Arne Holtedahl, Terje Johannessen og Olav Rutle. Allmennmedisinerne hadde lagt stort arbeid i å lage en lærebok i faget sammen med de øvrige, norske lærestedene, slik at faget allmennmedisin i Norge skulle få en klar profil. Og med sine 733 tospaltede og tettskrevne sider ble den en bibel for allmennmedisinen. (Se s. 81.)

Rundt 1990 var så tiden blitt moden for en ny lærebok i *samfunnsmedisin*. Nå slo reduksjonismen inn og en konflikt oppsto: Hva skulle boka inneholde? Det oppsto en faglig uenighet i miljøet som faktisk ble opplevd som ganske splittende. Enden på det hele ble at professor Tor Bjerkedal ga ut en lærebok i forebyggende medisin med vekt på epidemiologi⁸: Sykdomsårsaker, hvordan erverve kunnskap om årsaksforhold, oversikt over helseproblemene og metoder til å bekjempe dem, og om hvordan sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid er organisert i Norge.

Instituttkolleger, supplert med kolleger utenfra, redigerte på sin side læreboka *Samfunnsmedisin i Norge – teori og anvendelse* (1992)⁹, sydd over samme lest, og med samme brede fagtilnærming og adresse til så vel studenter som brukere i feltet, som Schiøtz' lærebok, Strøms lærebok og Natvigs lærebok hadde hatt. Dette skulle være en bok for samfunnsmedisinsk praksis. Den ble etter hvert trykket opp igjen, og senere omarbeidet i samme

7 Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1997.

8 Bjerkedal T. *Forebyggende medisin*. Oslo: Ad Notam, 1992.

9 Larsen Ø, Brekke D, Hagestad K, Høstmark AT, Vellar OD. (red) *Samfunnsmedisin i Norge – teori og anvendelse*. Oslo: Universitetsforlaget, 1992.



Figur 21: For å sammenlikne nokså ekstremt ulike systemer for helsetjenester med det norske, hadde de utplasserte studentene i Latvia in en periode en parallell gruppe ved Gundersen-Lutheran-sykehuset i La Crosse, Wisconsin, USA. For å bli ytterligere orientert er her fire USA-studenter på utflukt. Først var de på utvandrermuseet i Decorah, Iowa, for å lære om forholdene den gang det var nordmenn som var innvandrere, og deretter for å se på et medisins mekka i USA, Mayo Clinic i Rochester, Minnesota. (Foto: Øivind Larsen)

stil og gitt ut som *Helse for de mange* (2003)¹⁰ og ny revidert omarbeidelse *Samfunnsmedisin* (2008)¹¹.

Men hvem hadde rett? Og i tillegg til dette: Hva er forskjellen på samfunnsmedisin og *sosialmedisin* – sosialmedisinerne gir også ut sin egne lærebok¹². Kanskje har tilhengerne av Bjerkedals linje mye rett når de sier at samfunnsmedisin egentlig er epidemiologi? Kanskje er den gode samfunns-

10 Larsen Ø, Alvik A, Hagestad K, Nylenna M. (red.) *Helse for de mange – Samfunnsmedisin i Norge*. Oslo: Gyldendal akademisk, 2003.

11 Larsen Ø, Alvik A, Hagestad K, Nylenna M. (red.) *Samfunnsmedisin*. Oslo: Gyldendal akademisk, 2008.

12 Professor Axel Strøms lærebok er videreført i flere utgaver av blant andre Grete Stang og Kjell Noreik, og fra Bergen er det kommet flere bøker ved blant andre John Gunnar Mæland (1947-).



Figur 22: Kontakten med både Oslo kommune og den sentrale universitetsledelsen har alltid vært god. Her er byens ordfører Per Ditlef-Simonsen (1932 –) og universitetets rektor Lucy Smith (1934 –) på besøk på instituttet 1.10.1996. (Foto: Øivind Larsen)

medisiner den som behersker populasjonsaspektet ved å kunne tolke talls tale på en kvalifisert måte?

Men Bjerkedal skriver i forordet til sin lærebok: «Kunnskap om hvordan miljøet påvirker menneskene fysisk, psykisk og sosialt, er viktige forutsetninger for forebyggende helsearbeid, men må i stor utstrekning hentes fra andre fag». Mon det. Skal man ikke også hente faglige forutsetninger fra sitt eget fag? Utvikle kunnskapsgrunnlaget selv? Og hva med behovene til den som står ute i den *anvendte samfunnsmedisin* og gjerne vil vite helt praktisk hva hun eller han skal gjøre i en aktuell situasjon, f. eks. i egenskap av kommunelege, eventuelt hvem som bør ringes til eller hvor man skal søke mer kunnskap?

I løpet av tre tiår er det ikke blitt særlig klarere hva samfunnsmedisin egentlig er. I distriktslegenes tid, før kommunehelsetjenestereformen i 1984, visste vi det, men nå er det ikke så greit lenger.

Medisinsk mylder

Reduksjonismen hadde også ført til at faget medisinsk historie var blitt selvstendig og hadde flyttet ut fra Institutt for forebyggende medisin. I 1972 flyttet den lille seksjonen, blant annet av plassmangel, til Anatomisk Institutt i Karl Johans gate 47, der det ble et trivelig miljø sammen med faget fysisk antropologi i skallesamlingen på loftet. Faglig hadde dette et visst rasjonale, idet man her hadde en rekke historiske problemstillinger med utgangspunkt i skalleskapene langs veggene. I 1978 ble imidlertid Preklinisk Bygg på Gaustad ferdig, og da flyttet Seksjon for medisinsk historie videre dit.

Oppsplittingstendensene var imidlertid ikke entydige. I løpet av første del av 1970-årene ble *medisinske atferdsfag* innført, et nytt fagområde som både skulle ha undervisningstid fra andre fag og dra nytte av lærere fra andre fag.

Medisinsk historie var forutsatt å skulle samarbeide med atferdsfag, spesielt fordi man i medisinhistorieundervisningen lenge hadde tatt opp medisinsk-sosiologiske emner. *Synet på sykdom* var et hovedtema i den medisinhistoriske forskningen på denne tiden. Mye materiale ble funnet i gamle norske medisinske tidsskrifter og i distriktslegenes innberetninger – medisinalberetningene. På dette området ble det imidlertid en konkurransesituasjon, fordi atferdsfag mente at sykdomsoppfatning var deres felt, også den medisinske sosialhistorien, og de så dette for seg som arbeidsområde for sine egne folk, ikke for andre. Dette tilspisset seg i 1980. Tvangsektenskapet med atferdsfag ble oppløst ved inngripen fra dekanus Ivar Hørven (1931 –).

Men fysisk var det stor oppdeling. Allmennmedisin holdt til i Røde Kors Klinikkk i Fredrik Stangs gate, der også den eksternt finansierte helsetjenesteforskningen var. Sosialmedisin var i administrasjonsbygget på Rikshospitalet i Langes gate. Den nye Gruppe for trygdemedisin (1991) holdt til på Ullevål Sykehus. Institutt for forebyggende medisin var i Gydas vei 8. Og medisinsk historie var altså på Gaustad.

Administrativt var det også stor oppsplitting – alle var selvstendige enheter med budsjett og regnskap. Denne autonomien medførte imidlertid også stor frihet til å organisere, skaffe penger etc. De tusen blomster blomstret. Miljøer som på papiret kunne se ganske små ut, kunne være nokså store, fordi aktiviteten var finansiert utenfra og ikke innom universitetssystemet i det hele tatt, og fordi de mange som jobbet ivrig der kanskje slett ikke hadde noe egentlig ansettelsesforhold. I de samfunnsmedisinske miljøene – og andre steder på Universitetet i Oslo også – vrimlet det av studenter og andre folk som hjalp til med forfallende, var hjelpelærere i en eller



Figur 23: Tiden går fort, og seksjon, tidligere institutt for allmennmedisin var 30 år i 1998. Professor Per Hjortdahl leder jubileumsmarkeringen 27.1.1999. (Foto: Øivind Larsen)

annen form, var med på prosjekter og snuste rundt i miljøer som de kanskje fant så interessante at de valgte å forbli der – fant fotfeste og kom inn i en akademisk karriere. Vrimmelen var egentlig en god rekrutteringskanal.

Igjen medisinsk historie som eksempel: Fra tidlig i 1980-årene og fram til 1996 drev Seksjon for medisinsk historie et stort profesjonshistorisk prosjekt for Den norske lægeforening, finansiert derfra, inklusive redigering av to utgaver av *Norges Leger* (1986, 1996). Opptil 40 studenter og andre kunne være engasjert i arbeidet. Det kan sies mye om disse forholdene, men det var en kreativ uorden og uoversiktligheit som også hadde positive konsekvenser.

Det hører også med til bildet at alle miljøene innenfor IASAM hadde – og har – utstrakte internasjonale kontakter, slik at det alltid har vært utenlandske forskere, stipendiater og studenter å treffe i gangene – og omvendt, noen av staben er alltid vekk, fordi de er på et eller annet i utlandet. Bijobber og engasjementer ved andre institusjoner er det mange som har – og *vice versa*.



Figur 24: Dr. Jo Telje instruerer om røntgenundersøkelse av en bruddskade ved studentutplassering på Vinstra. (Foto: Per Hjortdahl)

Men i siste del av 1900-tallet skjedde det en sterk vekst ved Universitetet i Oslo i sin alminnelighet. Dette var ledsaget av vekst og profesjonalisering av administrasjonen. Gradvis førte dette til en reduksjon i antall personer som kunne få arbeidsplass innenfor de fagområdene vi her snakker om. Og administrasjonen økte, dvs. slik at det ble mer overordnet administrasjon – og mindre lokal administrasjon på grunnivåene. Forskerne måtte back to basics når det gjaldt praktiske ting og mange hadde kanskje godt av det.

Men vi fikk en ny og voksende kategori universitetsmedarbeidere – de profesjonelle ledere og administratorer. Hovedandelen av det ikke-vitenskapelige personell forskerne hadde rundt seg, var ikke lenger personer som de kunne *styre*, det var personer som skulle *styre dem*. Kulturen blant profesjonelle ledere og administratorer var vanligvis uvant ute i instituttmiljøene. Å finne penger fra en obskur kilde, sparke i gang entusiastiske studenter på timelønn ved et tilfeldigvis ledig skrivebord osv., ga forskeren faglig tilfredsstillelse. Å avdekke obskure finansieringskilder, å formalisere igangsparkede løsarbeideres arbeidsvilkår og å holde orden på hvem som satt hvor



Figur 25: Aktørseminar i 2008 om da allmennmedisin ble akademisk fag. (Foto: Øivind Larsen)

og belastet universitetets infrastruktur, ga administratorene faglig tilfredsstillelse. Kipling: East is east and west is west and never the twain shall meet.

Bowling alone?

Den amerikanske statsviterprofessoren ved Harvard Robert D. Putnam (1941 –) drøfter i sine utlegninger *Bowling alone* (2001) det å være alene selv om man er i et fellesskap. Tilsvarende tanker kan man gjøre seg når man ser på et akademisk fellesskap, slik som et større instituttmiljø er.

Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin både er og var et stort institutt. Ved midten av 1990-årene var det 150-160 personer som hadde tilknytning, pluss løsarbeidende studenter som var ut og inn. Det var også ca. 100-150 praksislærere ute i felten, men disse var bare innom en sjelden gang på lærersamlinger m.v. Alle tilknyttede personer var således ikke der hver dag, og slett ikke alle sto oppført på universitetets lønnslistes, selv om de var i Alma Maters favn.

Da Det medisinske fakultet i 1980-årene var blitt så komplisert at ledelsen hadde hele 106 enheter å forholde seg til, tilsa utviklingen at administrasjonen simpelthen *måtte* forandres. Det lå an til en radikal sammenslåing, hvilket også skjedde. Det medisinske fakultet hadde utarbeidet en strategisk plan for årene 1989-1995, og denne ble vedtatt i fakultetsrådsmøter 18/10 og 15/11-1988. Dekanus Kaare R. Norum (1932-) innledet for øvrig møtet 18. oktober med en alvorlig orienteringssak. Fakultetets økonomi var blitt

så dårlig at om lag 40 stillinger måtte holdes ubesatt neste år. Men dekanus trodde at det ville bli enklere å få alt til å fungere når strategiplanen var på plass, ifølge referatet. Fakultetet manglet styringsgrunnlaget, het det. Så omorganisering i henhold til strategiplanen var påtrengende også av økonomiske grunner.

Det sier seg selv at mange av de tallrike enhetene var «bowling alone» innenfor en tross alt avgrenset ramme, nemlig det som de medisinske fag omfattet. Det var også mange ansatte som var «bowling alone» rent personlig, fordi mange av enhetene bare besto av ytterst få medarbeidere, kanskje var det bare én, f. eks. ved en sykehusavdeling med universitetsfunksjoner. At det her ville være faglige fordeler ved å bringe folk sammen, syntes åpenbart. For vitenskapelige miljøer snakker man ofte om en *kritisk masse*, et antall personer som minst må være tilstede for at det skal fungere optimalt. Mange miljøer var langt under den kritiske masse.

Hvor fagområdene er noenlunde like, slik som f. eks. ved varianter av indremedisin, blir det mindre utfordrende å slå sammen enn ved fag som er mer eller mindre basalt ulike, men som arbeider med samme mål. For de enhetene som ble til Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin, var dette merkbart. Folk fra samfunnsfag skulle f. eks. settes i samme bås som klinikere.

Problemet ved *tverrfaglighet* meldte seg, altså at man skulle ta ut den vitenskapelige merverdien som forutsettes skapt ved at øyne med ulik bakgrunn ser på samme problemstilling. Problemet ved *flerfaglighet* meldte seg også, dvs. at personer med ulike fag skulle arbeide ved siden av hverandre med hver sine metoder og hver sine fagrammer innenfor samme miljø. Dette stilte krav. Det var ikke lett. Det ble foreslått et system med matriseorganisering av prosjekter, slik som det gjøres for eksempel innen bygg og anlegg, men det slo ikke an.

Det *ble* imidlertid etter hvert både tverrfaglighet og flerfaglighet. Et godt eksempel er samarbeidet mellom medisinsk antropologi og sosialmedisin. Per Fugellis og Benedicte Ingstads store fellesprosjekt *Helse på norsk*¹³, er typisk tverrfaglig.

Og f. eks. de enkeltstående, kvalitative sosialantropologiske studiene som jevnlig gjennomføres ved instituttet, er oppstått i flerfaglige omgivelser, og har forhåpentligvis tjent på det.

Et av de første kravene for å få til samarbeid av denne type var å etablere et *felles, fysisk miljø*, slik at man kunne se hverandre daglig og kunne ha fellesaktiviteter. De første to årene etter sammenslåingen til én enhet var lite gunstige for samarbeid, fordi man fortsatt var fordelt på så mange for-

13 Oslo: Gyldendal, 2009.

skjellige adresser. Det var altså Gydas vei 8, to forskjellige steder på Rikshospitalet, Fredrik Stangs gate, Preklinisk Bygg, Ullevål Sykehus og Folkehelsen. Man så hverandre ikke. Kjente hverandre heller ikke så godt. Lærte hverandre heller ikke så godt å kjenne. Miljøene fortsatte i stor grad med «bowling alone».

Den første instituttgruppebestyreren, professor Tor Bjerkedal, så klart behovet for en fysisk arena for samhandling. Han begynte ganske straks etter sammenslåingen i 1990 å arbeide for å finne en felles lokalisering. Dette var vanskelig. Et problem var laboratoriene i Gydas vei 8. Enden på lange og bitre diskusjoner om dette førte til at laboratoriemedarbeiderne måtte bli igjen i Gydas vei 8 da de andre flyttet. Valget av nye lokaler falt på det fraflyttede sykepleierelevinternatet på Ullevål Sykehus, som Universitetet leide av sykehuset, inntil det under privatiseringsbølgen ble solgt og utleier ble en profesjonell eiendomsutvikler. Huset ble totalrenovert og i den grad det var mulig, gjort om til et instituttmiljø, riktignok uten laboratoriene som var blitt igjen i Gydas vei 8. Huset på Ullevål ble døpt Frederik Holsts Hus til minne om universitetets første hygieneprofessor.

Dessverre medførte de lange korridorene i det lange, lave to- og tre-etasjers komplekset til at muligheten for fortsatt «bowling alone» var tilstede i litt for stor grad. Arkitektonisk er det nå mer eller mindre atskilte enheter. Dette fikk betydning for samhandlingen. Allmennmedisinerne forsvant opp i tredje etasje, der de hadde møterom og alt de trengte. Trygdemedisinerne likeså innerst i gangen i første etasje. Forebyggende medisins epidemiologer avsondret seg i etasjen over. Internasjonal helse viste lite utferdstrang innen huset. Osv.

Det var ikke bare blant de fast ansatte bekymringen for fellesskapstanken eksisterte. F. eks. tok 12 av instituttets stipendiater initiativ til å arrangere et seminar 13. mai 2003 under tittelen *Stipendiat ved Frederik Holsts Hus; muligheter, utfordringer og begrensninger*¹⁴. De la fram prosjektene sine for hverandre og hadde også med noen seniorer, dvs. Dag Bruusgaard, Johanne Sundby, Magne Nylenna, Per Kristian Hilden og Anne-Lise Middelthon. Det var diskusjon og ønskemålene som kom fram, var klare: Mer kontakt med hverandre, med veilederne og med relevante fagmiljøer: «Seniorene må her vise veien mer aktivt!»

Strategi og taktikk

Litt eldre leger har obligatorisk offiserskurs bak seg. De har lært at strategi er den kjølige planleggingen av framtidens oppgaver, mens taktikk er å plan-

¹⁴ Kumar B, Clausen T. *Stipendiat ved Frederik Holsts Hus; muligheter, utfordringer og begrensninger*. Seminar-rapport, Lysebu 13.05.03. (upubl.)



Figur 26: Instituttleder Gerd Holmboe-Ottesen gratulerer mangeårig økonomimedarbeider Steinar Lund med Norges Vels medalje for lang og tro tjeneste 12.1.2009. (Foto: Øivind Larsen)

legge mottrekk under fiendens tilstedeværelse når det går unna som varmest. Dette gjelder egentlig overalt i livet, således også i det akademiske miljø og – mer spesifikt – det gjaldt da den nye og sammenslåtte IASAM skulle opp og fram.

Det ble holdt en rekke strategimøter for å utvikle tverrfaglighet og flerfaglighet. Man reiste gjerne bort et par dager, til Bolkesjø, Vikersund, Beito-stølen og andre steder. Diskuterte, utvekslet meninger, men hygget seg også og ble bedre kjent. Disse strategimøtene har vært interessante å se tilbake på. De første gikk mest ut på å lære hverandre å kjenne, lære hva de forskjellige drev med. Så forsøkte man å komme fram til felles interesser og derigjennom til felles prosjekter. Emner for en felles strategi.

Vurdert i ettertid gikk dette bare måtelig bra, for de fellesprosjektene man kom fram til, som «Storbyhelse» og «Muskel-skjelett-sykdommer» ble nærmest som minste felles multipla å nevne. Noe man kunne enes om var av felles interesse. Men forskningen gikk egentlig videre på samme måte som før likevel, uten at uttak av noen tverrfaglig eller flerfaglig merverdi nødvendigvis ble særlig framtrædende.

Og i den eksterne finansierings tid: Hvis man søkte om penger til et prosjekt der tverrfagligheten var altfor sterkt understreket, kom man lett

opp i tverrfaglighetens iboende problem – den har lett for å bli betraktet som utflytende.

Å finne felles arbeidsoppgaver, f.eks. i undervisningen, kan være en god strategi, selvsagt for å fylle et behov, men også for å etablere et fagmiljø med folk og finansiering. Nordmenn som ville videreutdanne seg i samfunnsmedisin, hadde gjerne gjennomgått Helsedirektoratets kurs i offentlig helsearbeid for leger, det såkalte Bygdøykurset som siden 1940-årene hadde vært arrangert i Quislings tidligere residens Gimle på Bygdøy, senere på Folkehelse. Bygdøykurset var egentlig lenge Norges «School of public health». Nærmeste sted i utlandet var Nordiska hälsovårdshögskolan i Göteborg, der flere norske samfunnsmedisinere underviste, for eksempel professor Haakon Natvig allerede i 1960-årene. Skolen i Göteborg var delfinansiert over det norske statsbudsjettet. Men norske samfunnsmedisinere hadde også reist avsted og gått på London School of Public Health and Tropical Medicine eller til USA. Hva med å opprette en *Oslo School of Public Health*?

De fleste syntes dette var en god idé. Unntaket var professor Grete Botten. Da diskusjonen kom opp for alvor, ledet hun avdelingen for helseadministrasjon som først var en del av IASAM, deretter ble selvstendig. I kjølvannet av den økende kompleksiteten og ledelsesproblemene i norsk helsevesen, var det blitt opprettet et masterprogram i helseadministrasjon. Grunnlaget var et meget populært kursopplegg på dette området ved statsviteren Ole T. Berg (1944 –). Dette var blitt utviklet til en egen enhet med stor aktivitet og stor kontaktflate mot helsevesenet og samfunnet ellers. Ernæringsforskeren Grete Botten (1943 –), førsteamanuensis ved Institutt for forebyggende medisin fra 1981 og med erfaring fra Institutt for ernæringsforskning 1973-79 og Folkehelse 1991-93, fikk flyttet sin stilling over til Senter for helseadministrasjon i 1993.

Dette senteret ble etter hvert en slags konkurrent til resten av det samfunnsmedisinske miljøet ved fakultetet. Ved senterets 10-års-jubileum i 1996 skrev Grete Botten i forordet til publikasjonen fra jubileumsseminaret: «Ambisjonene for de neste ti år ved Senter for helseadministrasjon, er at vi i enda større grad skal bidra til å forbedre det faglige grunnlag for beslutninger i og om norsk helsetjeneste.»¹⁵ Dette er egentlig målsettingen for samfunnsmedisin som sådan.

Ved IASAM var et miljø i internasjonal helse under oppbygging, heri inkludert å bygge opp et masterprogram i international community health. Forslaget fra instituttledelsen var å slå dette sammen med kurset i helsead-

15 Botten G, Børdahl P. (red.) *Målbrettet mangfold. Senter for helseadministrasjon ved 10 års jubileet*. Oslo: Senter for helseadministrasjon, Universitetet i Oslo, 1996.

ministrasjon og etablere en *Oslo School of Public Health*. Det ble holdt en rekke møter om dette i 1990-årene, men uten samordning med helseadministrasjon, ville planene ikke kunne gjennomføres. Men helseadministrasjon, representert ved Grete Botten, ville ikke slås sammen. Så noen samlende *Oslo School of Public Health* ble det ikke. I ethvert fall ikke da.

Men mandag 31. august 1998 kunne i det minste en smilende professor Gunnar Bjune posere med blomsterbukett for fotografen utenfor Frederik Holsts Hus¹⁶ sammen med Kristin Sandberg, Svein G. Gundersen og Erik Bøhler – åpningsdagen for utdanningsprogrammet *Master of Philosophy in International Community Health* – etter hvert en undervisningsmessig braksuksess med store, positive konsekvenser også for instituttets forskning.

Det forelå en strategi for å sveise folk sammen. Det var til tiltak som å holde felles julefester, vi hadde internavisen *Frederik Holsts Tidende*, redigert av kontorsjef Morten Kvisvik – og vi hadde til og med en instituttssykkel som alle kunne låne for en svipptur til Blindern eller til byen.

Viktigere var at det ble lagt stor vekt på å utarbeide *felles årsberetninger* – oversikter over aktivitetene til intern og ekstern orientering. En felles årsberetning som alle kunne identifisere seg med, istedenfor separatistiske årsberetninger for hver enkelt seksjon. Det ble lagt ned atskillig arbeid i dette. I tillegg til informasjonen rettet utad skulle alle i huset få oversikt over hva de andre gjorde – en forutsetning for utvikling av internt samarbeid. Årsrapport 1998¹⁷ ble særlig representativ ved en misforståelse. Dvs. det var trykkeriet som hadde misforstått, så den kom med stiv perm og glanset omslag. Vi betalte selvsagt ikke merkostnadene ved dette, fikk kritisk muring ovenfra likevel, men IASAM etterlot seg derved en pen oversikt over en mangfoldig virksomhet. Den er nyttig lesning den dag i dag for den som er interessert i instituttets utvikling.

Kunne det tas strukturelle grep i Frederik Holsts Hus for å riste folk sammen? I kjelleren hadde fakultetets medisinsk bibliotek en filial bemannet med hyggelige og hjelpsomme bibliotekarer. Det ble et trivelig samlingssted. Tidsskrifter, oppslagsverk og hjelp til å finne fram var tilstede, inntil en større bibliotekrasjonalisering – sant nok også begrunnet med den tekniske utviklingen innen litteraturframfinning – førte til at biblioteket ble nedlagt.

Det ble også innrettet en hyggelig kantine i kjelleren ved innflyttingen i 1993, sponset med instituttmidler, for at man skulle ha et daglig møtested. Kantina var drevet på kommersiell basis av Studentsamskipnaden. Men

16 IASAMs årsberetning 1998, s. 163.

17 Larsen Ø. (red.) *Institutt for allmennmedisin og samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Oslo. Årsrapport 1998*. Oslo: Joh. Nordahls Trykkeri, 1999. 200s. (ISBN 82-7703-054-1)



Figur 27: Nokså mye undervisningskapasitet ved IASAM går med til undervisning i PBL-grupper, dvs. problembasert læring. Dette er et kjernepunkt i studieplanen «Oslo-96». Det kan sies mye både positivt og negativt om denne studieplanen, men det lar vi ligge her. Men spesielt ved PBL-undervisningen i første semester, der studentene er entusiastiske og interesserte, har lærerne fra IASAM en glitrende anledning til å flette inn samfunnsmedisinske synspunkter. Av de ni studentene i denne tilfeldig valgte gruppen i første semester våren 2011 er det seks jenter. Tre av studentene er fra odontologi, fordi undervisningen er felles den første tiden. Tre studenter har fremmedkulturell familiebakgrunn. Fra venstre Carina F. Halleraker, Hanan Mahmood, Linda Grandal, Javeria Ilyas, Petter Gjessing Johnsen, Maria Ulvestad, Didrik Bakke Dukefoss, Bente Bilben og Eman Majid. (Foto: Øivind Larsen)

etter hvert gikk prisene opp og fastsatt størrelse på baguettene ned. Da hjalp det ikke hvor hyggelig kantinepersonalet var, kanskje spesielt den mangeårige ildsjel og gledesspreder Ruth Storløkken. Da hun gikk av med pensjon i 2011, ble også kantina pensjonert.

Mandagsmøtene for hele instituttet har også alltid vært vanskelige å få til å fungere som faglig lim. Det ble etter hvert en tendens til at folk bare kom for å vise solidaritet med sine «egne» foredragsholdere.

Men stemningen folk imellom har egentlig vært god hele tiden – kanskje universitetsfolk simpelthen er *innrettet for «bowling alone»?*

Pasienten i fokus eller helse for befolkningen?

Da de tidligere fakultetsenheterne ble slått sammen i 1990, ble et klinisk fag, endog et klinisk hovedfag, *allmennmedisin*, slått sammen med fag der synsvinkelen var en annen, der gruppeperspektivet på helsefaktorer i samfunnet rådet. Egentlig er perspektivene i allmennmedisin og samfunnsmedisin nok så ulike.

Dette behøvde kanskje ikke bety så mye for fellesskapet, men det var en kompliserende faktor at man hadde *felles budsjett*. Og allmennmedisin var og er et stort fag. Det er også et dyrt fag. Allmennmedisin administrerer utplasseringsordningen for legestudentene. Utplasseringen er pedagogisk sett ekstremt viktig, den er «learning by doing» i praktisk klinikk og samfunnsmedisin under kyndig og kvalitetssikret veiledning. Men utplasseringen er omfattende og kostnadene er ikke bare store, de har også periodevis vært sterkt økende. Mye forutsettes dekket, blant annet bolig og reiseutgifter for studentene når de er ute i praksis. Men selv dette er en mindre del av bildet – opplegget er dyrt uansett. I hele perioden 1990-2010 har det her egentlig vært en konkurranse om ressursene fra fakultetet. En høyt utviklet allmennmedisin til beste for pasientene er moralsk uomtvistelig, men fagene som skal ivareta samfunnsperspektivet er også der. Også de har et moralsk *credo* i sitt syn på folkehelse.

Ressurser er heller ikke bare penger. Det er også f. eks. stillinger. Tiden da en ledig stilling automatisk ble utlyst på ny innen samme fagområde, er for lengst forbi. Likeledes at stillingen i det hele tatt blir utlyst på ny. Det er ingen stillingshjemler lenger. Presserende behov i kampen om stillinger kan over tid komme til å dreie den faglige profilen med langsiktige effekter.

Det kan hende at helsehjelp til den enkelte og folkehelse for de mange har så ulik grunnleggende logikk bak seg at det kan lønne seg å ta administrative hensyn til dette faktum. Kanskje var det likevel ikke en så god idé da man i 1990 slo det kliniske hovedfaget allmennmedisin sammen med de samfunnsmedisinske fagene, de gode hensikter til tross. Fra 2010 er da også allmennmedisin blitt en egen avdeling under det nye, store Institutt for helse og samfunn, og utplasseringen har fått sitt eget budsjett.

Forskning, fagutvikling og finansiering

Forskning er å skape ny kunnskap. Fri forskning er å la idéer blomstre og la nye idéer følge dem videre, ikke nødvendigvis med tanke på umiddelbar implementering i en eller annen praktisk virksomhet. Forskningens frihet er en *force* som er verdt mye for dem som har privilegiet å drive med dette.

Fagutvikling, ofte det samme som anvendt forskning, er å forske med implementering som rasjonale. Evaluering av metoder, monitorering av

prosesser, omsetting av faglige prinsipper i praksis. Dette er egentlig noe annet enn fri forskning, eller kan i det minste være det.

IASAM hadde i en periode et professorat som var definert som *anvendt samfunnsmedisin*. Innehaveren, professor Arild Bjørndal (1956 –) hadde bakgrunn fra blant annet helsetjenesteforskning og har bidratt vesentlig i undervisningen om metodespørsmål – hvordan løse praktiske oppgaver som legen stilles overfor, både i forskning og i møtet med pasienten, på en kvalitetssikret måte. Dette må kunne betegnes som nødvendig fagutvikling for praktisk medisin.

På den annen side kan fagutvikling ha forutsetninger som ikke er *verdifulle*.

Selv om de fleste medisinske fagfolk er enige om at det er sammenheng mellom levekår og helse, og at sosial utjevning er gunstig, er enigheten – især internasjonalt sett – ikke like stor om hvor man skal sette inn støtet for å gjøre noe med dette på skalaen mellom individet og samfunnet. Fagutviklingen må derfor ofte ta et standpunkt som har politiske overtoner. Hele helsevesenet i Norge er et resultat av politiske beslutninger, riktignok med faglige råd som en del av premissene. Dette er en grunn til at man i et akademisk miljø bør holde forskning og fagutvikling fra hverandre i sitt hode, og det er særlig viktig i de samfunnsmedisinske fag, f.eks. i sosialmedisin eller trygdemedisin.

Dette har også implikasjoner for de allianser man inngår. Det har i hele norsk samfunnsmedisins nyere historie vært diskutert å knytte nærmere kontakt med blant annet Nasjonalt folkehelseinstitutt (FHI). Særlig fra dem som driver med epidemiologisk forskning har dette ønsket vært sterkt – Folkehelsa har tallmaterialet, kompetansen, samfunnsoppdraget og finansene for å drive helseovervåking. De har også et meget stort miljø av forskere. Men de er en del av *forvaltningen*, som igjen har en annen logikk enn universitetet. Derfor har saken hengt i lufta ganske lenge, tross samarbeidsinteresse fra begge sider. I 1990-årene ble f. eks. IASAM tilbudt fullfinansierte professor-II-stillinger ved Folkehelsa, men fakultetet sa nei. Professorater kan ikke kjøpes. Sannsynligvis var det faglig dumt å være så puristisk. Dette standpunktet er da også blitt moderert senere.

Forskningens frihet er generelt sterkt avhengig av finansieringen. Etter hvert som mer og mer av forskningen blir avhengig av eksterne midler, kan simpelthen både de søknader man sender inn og de søknader man får innvilget, komme til å endre fagprofilen mer eller mindre umerkelig – også balansen mellom forskning og fagutvikling. Andre overtar styringen.

Det har med andre ord vært vanskelig å få til en felles, forpliktende *strategi*. Hva da med *taktikken*? Kanskje ble taktikk først og fremst nødvendig i omgangen med Det medisinske fakultet? Enten man likte det eller ei?



Figur 28: Antall doktordisputaser ved Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin har vært mange, kfr. fortegnelsen s. 193–200. Det hender en og annen gang at selve disputasen holdes ute hos en av instituttets samarbeidspartnere. På dette bildet fra 12.3.2008 er det Marie Berg (t.v.) som forsvarer sin avhandling om funksjonstesting av barn i auditoriet på Sunnaas Sykehus, Nesodden. Opponenten er professor Wendy Coster, Dean for occupational therapy, Boston University. Annenopponenten (t.h.) er førsteamanuensis Unni Sveen, Høgskolen i Oslo. (Foto: Øivind Larsen)

Fakultetet strammer til

Ved utgangen av 1900-tallet var IASAM vokst og blitt stor butikk. Totalbudsjettet for det som gikk via universitetsregnskapet var steget fra 18,1 millioner i 1993 til 40,4 millioner i 1998. 180 personer var ansatt dette året. Omlag halvparten av budsjettet var hentet inn utenfra. I 1998 var 21,5 millioner for eksterne prosjekter. Noen penger gikk ut av seg selv, f. eks. hadde instituttet i 1997 måttet overføre 800 000 til Ernæringsinstituttet til finansiering av hovedfagsstudiet i klinisk ernæring. De faste stillingene var stort sett besatt, så ledig lønn, som den gang kunne brukes til å «fylle hull», var det lite av. Når enkelte utgiftsposter både var store og økende – vi har alt nevnt utplasseringsordningen – var det hele et skjørt byggverk, tross de etter måten store tall.

I 1999 ble det et underskudd. Nøyaktig hvor stort det var, var også den gang litt uklart på grunn av sviktende rapporteringsrutiner – et ubehagelig problem. Men størrelsesordenen var 500 000, dvs. ca. 1,3% av budsjettet. Dette utløste at fakultetet gjennomførte en større gjennomgang av institut-

tet og kom med atskillig kritikk, uten at det kom så mye annet ut av denne enn at medarbeiderne ble satt på en slags økonomisk hestekur i 2000, formodentlig til skrekk og advarsel¹⁸. Men det er nå en gang slik at i en privat virksomhet er et underskudd galt, for da har man ikke gjort jobben sin. I offentlig virksomhet er det annerledes – der er det et overskudd som viser at man ikke har gjort jobben sin.

Den ubehagelig klamme hånd fra fakultetet i 1999 kan også tolkes som et tegn på hvordan det går når den nye tid kommer og institutter skal drives etter bedriftsøkonomiske prinsipper. Logikker brytes mot hverandre.

Det var få som likte å bli satt på hestekur. Vi følte oss slett ikke hjemme i rollen som slemme barn som skulle holdes i ørene og trues med spanskrøret, eller som uregjerlige undersåtter som skulle holdes nede med gjeld og tungt arbeid. Faktisk hadde instituttet en stor faglig aktivitet innen Universitetets kjerneområder forskning, undervisning og formidling. Mange følte den gang at dette ble lite respektert. Overdreven ledelse passet dårlig inn. Slikt blir ikke så lett glemt heller. Assistanse hadde vært bedre. Og hvis et budsjett skaper vansker, kan det også være noe galt med budsjettet.

Kollegiet ved Universitetet i Oslo bestemte i mars 1997 at enhetene skulle ha et ansvarlig *styre*. Det hadde vi heldigvis ved IASAM da kritikken fra fakultetet begynte å melde seg. Vi hadde et kollektivt ansvar.

Da neste bestyrer overtok fra 2000, Dag Bruusgaard, insisterte han på å ha et *råd* istedenfor et *styre*. Mot atskillig motstand på instituttet ble det slik. Det er stor forskjell på et medansvarlig styre og et rådgivende organ. Med dette ble egentlig grensesnittet overfor den overordnede styring flyttet et trinn nedover – i instituttets folkedyp inntok nå instituttlederen mer dekanens tidligere rolle.

Dag Bruusgaard etterlyser ofte – også ved erindringsseminaret i 2011 – mer konflikter, vi er for snille med hverandre i Frederik Holsts Hus, sier han. Han har kanskje rett. Men kanskje kan dette mer skyldes sivilisert atferd blant kollegene, enn konfliktskyhet og indolens.

Et spørsmål som reiser seg når man ser på fakultetets styring av sine underliggende organer, er hvorvidt *fakultetsstrukturen* lenger tilsvarende tidens krav. Skiftende, «folkevalgte» tillitspersoner skal styre i korte perioder før de skifter. Å drive et institutt er så komplisert at det fordrer en langsiktighet og forutsigbarhet som det ikke er sikkert at strukturen, i ethvert fall før omorganiseringen i 2010, ivaretok på beste måte.

18 Som ansvarlig bestyrer 1993-1999 er det ikke riktig av forfatteren av disse linjer å kommentere denne saken nærmere. Det får andre gjøre.



Figur 29: Et samlingssted som forsvant: Kantina i Frederik Holsts Hus med dens meget populære bestyrer Ruth Storløkken. (Foto: Øivind Larsen 2011)

Det er ikke Det medisinske fakultets skyld at norske forskningsmiljøer har fått et registreringssystem for akademiske aktiviteter, «tellekantsystemet» hvor det er mange uenigheter. Det begynte i 1980-årene. Fakultetene skulle innhente årlige publikasjonslister fra miljøene. Det gikk tregt. Kaare R. Norum var medisinsk dekan på denne tiden, og han fikk fart på sakene. I et av sine purrebrev skrev han snedig og lakonisk at hvis han ikke fikk tilsendt noen rapport om vitenskapelig aktivitet ved enheten, gikk han ut fra at det ikke hadde foregått noen vitenskapelig aktivitet der. Det hjalp! Vi kan like det eller ikke, men de nå videreutviklede og allment brukte telle-systemer blir viktige når de også styrer penger.

Når det er mange småfag i medisinen, er det fordi disse småfag *hører med* i fakultetets portefølje, tross begrenset plass på timeplanen. Det er da gjerne greit å være sportslig og delta i undervisningen i andre fag. Flere av miljøene har f. eks. i årtier brukt mye tid og energi på undervisning og eksamen i såkalte nasjonale fag for utenlandske leger som søker autorisasjon

i Norge, i det senere især lærere fra sosialmedisin og medisinsk historie. Men eget fag er eget fag likevel.

Fakultetet bestemte at fra 2010 skulle Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin og tilgrensende institutter igjen omorganiseres. Sammenlåingen av Oslos universitetssykehus ble angitt som en av grunnene til at også fagene som hadde med helse og samfunn skulle organiseres annerledes. Ordningen skulle tre i kraft fra og med 2010. Leder for det nye, store Institutt for helse og samfunn var ennå ikke på plass, og en av arkitektene bak nyordningen, professor Grete Botten fra helseledelse og helseøkonomi ble midlertidig leder ut året.

Allmennmedisin ble egen avdeling fra 2011.

Året 2010 ble på mange måter opplevd som et lutringens år. Strengt rundskriv makte til nøysomhet og disiplin. Hvorfor alt dette? Begrunnelsene for nyordningen var ikke klare. Mange følte at miljøet var blitt konsolidert etter 20 år.

Det skjedde en del opprydding i hvem som hadde hvilke arbeidsoppgaver. Men «på gulvet» førte dette blant annet til at enkelte av det tekniske og administrative personalet sluttet, til beklagelse blant dem som mistet gode samarbeidspartnere i den daglige jobb. Det var blitt vedtatt en ny budsjettmodell. Hvordan ville den komme til å virke? Året 2010 ble året da man lå på været. Det ble også et forventnings år.

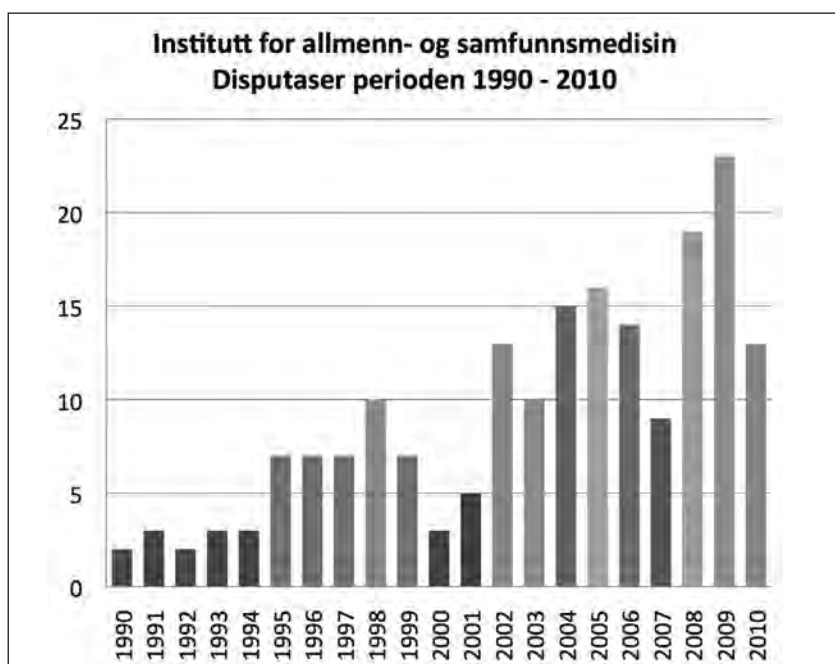
Man ventet på en ny giv.

Samfunnskameratene – ny organisering og nye sammenhenger

Hadde man lært noe av forrige omorganisering? Det var i løpet av 20 år blitt åpenbart at omorganiseringen i 1990 hadde hatt langsiktige konsekvenser. Noen var udelte positive, andre mer negative.

En viktig sak var sammensetningen av faggruppen fra og med 1990, hvilke fag som ble koplet sammen, slik vi har beskrevet her. Men det var kanskje vel så viktig hvilke fag som *ikke* kom med. Hvorfor ble for eksempel ikke epidemiologiens søsterfag medisinsk statistikk med? Hvorfor ble ikke allmennmedisinernes medspiller, de medisinske atferdsfag med? Hvorfor sørget man ikke med det samme for å bane bedre vei for kontakter utad, med andre fakulteter, med naturlige samarbeidspartnere omkring universitetet?

Hvor gjennomtenkte var de etter hvert innførte sparetiltakene? Reguleringstiltakene for frie initiativ som gjorde at det ble stadig færre folk i gangene? Hvor nyttig var den etter hvert så strenge administrasjonen? Dette forblir åpne spørsmål. I alle fall må man regne med at *rekrutteringsvansker* har vært en følge av dette.



Figur 30: Doktorgrader avlagt ved Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin 1990-2010 fordelt på året for disputas. Det er i alt 191 arbeider, kfr. tabellen side 193–200. Fordi det har vært noen mindre forandringer underveis i fagsammensetningen av hvilke grupper som formelt tilhørte instituttet, f. eks. gjelder dette medisinsk etikk, er 191 egentlig et minimumstall.

Fra overordnet instans, fakultetet, opplevde man gjennom denne perioden et stadig større krav om *styring* og *ledelse*. Her er det igjen lett å se hvordan logikker kan støte mot hverandre. I en bedrift eller et forvaltningsorgan kan man ikke la folk gjøre hva de vil. Men i et akademisk miljø ligger mye av kreativiteten nettopp i at folk gjør hva de vil. At de gjør det de er flinkest til. Selv definerer sine mål. Ofte medfører dette også at eksterne midler samles inn fra steder man minst venter det. Styring og ledelse av en universitetsenhet vil derfor ofte måtte bestå i å legge til rette for de mange blomsters blomstring, mer enn å bestemme hvilke blomster som skal prioriteres og hvor det må lukes i bedet. Og når tverrfaglighet og samarbeid inngår i den filosofi som ligger til grunn for virksomheten, må styring og ledelse stimulere dette.

Men – på den positive siden – tross det man har opplevd som tyngende ved styringen ovenfra har Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin likevel kunnet vise til en ganske betydelig vitenskapelig produksjon. Nær to hun-

dre doktorgrader fra IASAM-miljøet i perioden 1990-2010 er ett av bevisene på det! Og går man inn på publikasjonslistene for hver enkelt forsker i miljøet, er det mange titler å lese!

Nå i 2011 er det en ny tid. Fra 2010 er det nye Institutt for helse og samfunn delt i seks avdelinger: Samfunnsmedisin, allmennmedisin, helsefag, sykepleievitenskap, helseledelse og helseøkonomi, medisinsk etikk. Lederen for Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin fra 2008 professor Gerd Holmboe-Ottesen har fått tittel avdelingsleder. Professor Jeanette Magnus (1956 –), med lang erfaring som professor i public health fra USA, er tilsatt som leder for storinstituttet.

Omorganiseringen har således ført til at fotfolket har fått enda et nytt administrativt ledd mellom seg og fakultetsledelsen. Noen er bekymret over denne økende avstanden, andre ser fortrøstningsfullt på større ryddighet og forutsigbarhet ved å få en mer langsiktig, overordnet ledelse på neste nivå enn man har følt at man har hatt gjennom den direkte styringen fra fakultetet i IASAM-perioden. Det knytter seg også forventninger til at den nye strukturen åpner for å ha en overordnet ledelse som har en høy faglig kompetanse innenfor området helse og samfunn, uten å ha bindinger til noen av de mange ulike fagmiljøene som dette feltet består av.

Generelt synes det imidlertid som om administrative omorganiseringer av akademiske miljøer bør forutgå av vesentlig mer inngående planleggingsprosesser enn det skjedde for Institutt for allmennmedisin og samfunnsmedisinske fag både før 1990 og før 2010. Det er nødvendig å tenke både 20 og 30 år fram i tid. For så lang tid tar det å bygge opp og å etablere soliditet og langsiktig levedyktighet i vitenskapelige miljøer. Å rive ned et miljø, f.eks. ved å omorganisere det på andre premisser enn fagets egne, går vesentlig raskere.

Ved å se seg tilbake vil man se at omorganiseringen av 1990 nok innebar langsiktige svakheter som man ikke hadde sett klart nok forut for gjennomføringen i 1990, og som man kanskje heller ikke har drøftet tilstrekkelig forut for nyorganiseringen i 2010. Det blir spennende framover.

Vi har kanhende heller ikke drøftet tilstrekkelig hva som er mest effektive *målgruppe* for våre fagkunnskaper. Allmennmedisinen har primærlegen og dennes pasienter. Men samfunnsmedisinen er grupperettet. Frederik Holst vendte seg mot den nasjonsbyggende eliten, Lochmann mot samfunnets debattanter; Schiøtz, Strøm og Natvig mot skolen og arbeidslivet. Er *politikkerne* vår målgruppe? Per Fugelli har vendt seg mot dem som *velger* politikerne – *folket*.

Med de erfaringene vi nå har – kanskje går vi igjen mot en *samlende samfunnsmedisin*?