

Historikeren Kim G. Helsvig kalte sitt bind i jubileumsverket for Universitetet i Oslo for *Mot en ny samfunnskontrakt*.⁴²⁶ Her kan man blant annet lese om 1980-årenes nye mantra *virksomhetsplanlegging og målstyring*. Dette utviklet seg til en bitter konflikt på Universitetets toppnivå. Motstanden rettet seg mot den nye linjens tilhengere, især mot rektor Inge Lønning (1938–2013) og universitetsdirektør Kjell Stahl (f. 1937). Virksomhetsplanlegging og målstyring var ikke i samsvar med de akademiske idealer, mente mange. De mange vant fram. Kjell Stahl ble presset ut av sin stilling i 1990.

Ved Det medisinske fakultet var det ikke så mye oppmerksomhet omkring dette, fordi alt utenfor fakultetet ble overskygget av den store instituttsammenslåingen som ble gjennomført fra 1. januar 1990, enda minst to av fakultetets profilerte professorer hadde vært aktive i motstanden mot de nye, overordnede prisippene, nemlig fysiologen Haakon Breien Benestad (f. 1940) og psykiateren Astrid Nøklebye Heiberg (f. 1936). Denne sammenslåingen ble i seg selv sett på med uro med tanke på universitetsdemokratiet, som man hadde trodd var knesatt som prinsipp. Og nye betenkeligheter skulle melde seg senere – da det ble en tendens til å erstatte *valgte* ledere med *ansatte* ledere. I universitetsdemokratisk lys er det stor forskjell på å være ansatt og å være valgt. En ansatt leder har sin lojalitet og legitimitet oppover, mens en valgt leder har sin legitimitet fra sine velgere.

Universitetet ble simpelthen noe annet enn det hadde vært.

33. Allmennmedisinerne – en profesjon i profesjonen

Utdanning og legerolle

Det var sykehusene som trakk. I årene som fulgte Den annen verdenskrig var det vanligvis ikke vanskelig å få sommerjobb på sykehus for medisinerstudentene. Var man ikke kommet så langt i studiet at man kunne fungere som legevikar, var det muligheter likevel. Som ekstravakt, portør, osv. Et spennende miljø. Et ungt miljø.

For de mannlige studentene gikk riktignok to av somrene med til militærtjeneste, først medisinerrekruttskole etter første studieår, og så medisineroffiserskurs siste studiesommer. Dette var forberedelse til plikttjenesten som sanitetssløytnant når turnustjenesten var over og legeautorisasjonen var klar. Ofte hørte man militærtjenesten omtalt som et ork, men med en

⁴²⁶ Helsvig KG. *Mot en ny samfunnskontrakt*. Universitetet i Oslo 1811–2011, bok 6. Oslo: Unipub, 2011.

noe mer positiv tilnærming kunne man faktisk lære atskillig som kunne komme til nytte senere.

De andre studiesomrene sto der med sine blanke uker som det var lett å fylle med sykehusarbeid. Det føltes for de fleste både relevant og lærerikt med tanke på den yrkesrollen de hadde sett for seg. Og de kvinnelige medisinerne var i så måte enda bedre stilt, for de hadde to ledige sommerferier mer.

Endringene i medisin og helsevesen etter krigen hadde i seg selv ført til økt behov for leger, og den sterke sykehusutbyggingen gjorde at det på sykehusene var merkbar legemangel. Det var her *studentene* kunne og måtte trå til når det ble manko på personell ved ferieavviklingen. Det var ikke så enkelt for en student å få tillatelse til å vikariere og utføre selvstendig arbeid i en allmennpraksis.

Da turnustjenesten ble innført fra 1954, var det også på et sykehus man skulle tilbringe det første året på en medisinsk og en kirurgisk avdeling. Selv om allmennpraksis eksisterte som en annen viktig del av norsk helse-tjeneste, ivaretatt av offentlige og privatpraktiserende leger, og et halvt års distriktsturnus fulgte, er det ikke tvil om at sykehusmedisinen av praktiske grunner hadde et overtak når det gjaldt å rekruttere unge leger. Ekspone-ringen var simpelthen sterkest.

Dessuten ble bildet av allmennpraksis oppfattet som litt vagt av studen-tene, kanskje kjedelig, hvilket de i disse årene nok kunne ha en viss rett i, selv om innsikten i en allmennleges hverdag sjelden var den beste. Diagno-stikken på primærlegekontoret var mer og mer blitt overført til laboratorier, røntgeninstitutter og poliklinikker. For mange allmennpraktikere var ter-skelen for å søke sykehusinnleggelse for pasienten også lav, simpelthen fordi det nå var blitt slik at de beste diagnostiske mulighetene ikke forelå og kunne utnyttes på primærlegens kontor, men fordret henvisning. Kulepenn og skrivemaskin ble viktigere og viktigere som medisinske instrumenter i allmennpraksis. Økende skriftlighet i form av nye attestformularer og skje-maer bidro til dette.

Det kunne være en takknemlig jobb å få ferdig utredede pasienter tilbake til oppfølging på allmennlegekontoret, og det kunne være raskt gjort å skrive ut resepter og sykmeldinger til dem. Mye penger kunne det være å tjene også. Men likevel. Den faglige utfordringen i allmennpraksis hadde bleknet. Det var på sykehusene det foregikk. Det tradisjonelle bildet av *legen* i offent-lighetens øyne, legen som den trygge og faderlige (sjeldnere moderlige) allmennlegen, var blitt forkludret. Det ble mer og mer *spesialisten* folk hadde tiltro til. Også for allmennlegene selv var dette bildet blitt synlig.

For studentenes vedkommende kom det et tilleggsmoment: Studieplanen i Oslo var slik at når man først etter to-tre år fikk kontakt med pasienter i

studiet, var det *på sykehus*. Pasientmøter i en allmennpraktikersituasjon ble det ikke undervist om i det hele tatt. For mange var det nærmeste man kom grasrotpraksis at de kliniske lærerne på universitetssykehuset sa at dette må dere huske på når dere skal drive praksis i Hattfjelldal.⁴²⁷ Og ofte var det de særeste og sjeldneste tilstander superspesialistlæreren mente man burde huske på i Hattfjelldal. Ikke hvordan man skulle håndtere barn med vondt i halsen eller gamle gubber med vondt i ryggen.

Her er det en del paradokser. Helsetjenesten var nemlig fortsatt basert på at primærlegene skulle være første ledd i undersøkelses- og behandlingskjeden. Etterspørselen etter legetjenester var stor av grunner som vi allerede har beskrevet, nemlig en rekke endringer i sykdomsoppfatning, behandlingsmuligheter m.v. like etter krigen. Større ble etterspørselen også da milepælene 1956 (allmenn syketrygd) og 1967 (folketrygd) var passert, og økonomiske barrierer for legesøkning var blitt minimalisert. Det *var* virkelig legemangel.

På 1950-tallet var det i størrelsesordenen 900 privatpraktiserende leger og 450 distriktsleger i Norge.⁴²⁸ Disse skulle dekke primærlegebehovet. Mange av dem hadde lange og seige arbeidsdager, spesielt i landdistriktene hvor det også var mye reising i sykebesøk, hvilket fortsatt var en typisk form for legekontakt. Likevel var det ikke der prestisjen lå, verken den faglige eller den sosiale. Mellom 1956 og 1966 falt antall allmennpraktikere fra 976 til 877. Dessuten var andelen allmennleger over 50 år blitt fordoblet. Med andre ord: Rekrutteringen sviktet.

Vi har tidligere sett på det den gang dominerende Oslo-fakultetets holdning til medisinstudier i utlandet og til utenlandske leger. Det er fullt mulig at professor Bertelsen hadde rett i at legemangelen i etterkrigsårene var en kunstig situasjon som var *skapt* gjennom et samvirke mellom ulike interesser. Det samme så man noe senere i forbindelse med spørsmålet om utdanning av leger andre steder i Norge, altså i Trondheim og Tromsø i tillegg til Oslo og Bergen. Det forelå et marked for legers tjenester og hvordan ville man komme dette markedet i møte?⁴²⁹

I 1950- og 1960-årene var det rekrutteringen til primærhelsetjenesten, dvs. til *allmennmedisinen* legemangelen i første rekke gikk ut over. Vi har

427 Hattfjelldal ble nærmest et munnhell ved medisinerstudiet i Oslo i etterkrigsårene. En rekke lærere refererte til Hattfjelldal. Uvisst av hvilken grunn ble denne bygda regnet som landets mest øde sted, hvor legen fullt ut måtte kunne stole på seg selv. (Se figur 94.)

428 Teksten her er i stor grad basert på transkript av aktørseminar 29. september 2008, se: Evensen SA, Gradmann C, Larsen Ø. Hva husker vi? Aktørseminar om allmennmedisin. *Michael* 2009; 6: 7–10 og; Evensen SA, Gradmann C, Larsen Ø, Nylenna M. (red.) Allmennmedisin som akademisk fag. *Michael* 2009;6:11–126.

429 Se Brubakk AO, Aalberg G. (red.) *Legen som vare på helsemarkedet*. Trondheim: ASG Bjørums trykkeri, (1974).

sett at legerollen var i endring i etterkrigsårene i favør av sykehusmedisin og spesialfag. Medisinerstudiet i Oslo støttet opp om denne utviklingen. Slik sett hadde svakheten ved medisinerutdanningen i Oslo også før krigen vært at den la for liten vekt på allmennmedisinske problemstillinger. Det gjorde den fortsatt, på tross av den plass primærlegen ble tillagt i samfunnet i etterkrigstiden, og på tross av at samfunnet følte at skoen trykket nettopp der. Nye leger utdannet ved andre fakulteter kunne her tenkes å ha andre prioriteringer – f. eks. at de ville velge *allmennmedisinsk praksis*.

Studieplanen i Oslo i etterkrigsårene er blitt kritisert fordi det gikk så lang tid før studentene kom i kontakt med pasienter og klinisk legevirksomhet.⁴³⁰ Den var ansett som gammeldags, især av utålmodige studenter med rollen som behandlende lege som forventning og ledestjerne. For å være rettferdig bør man imidlertid se dette i et overordnet perspektiv som har sammenheng med universitet-høyskole-dilemmaet. Vi har allerede beskrevet hvordan man helt fra vår eldste universitetshistorie finner en stor vekt på de klassiske idealer. Universitetet skulle nemlig gi akademisk *dannelse*. Det alminnelige dannelsesaspektet skulle gi grunnlag for selvstendig refleksjon, oversikt og kritisk sans og tjene som bakgrunn for den videre yrkesutdannelsen. For medisinstudiet var dette dannelsesaspektet blitt tilpasset slik at en *naturvitenskapelig dannelse* skulle ligge til grunn når medisinerstudentene tok fatt på den yrkesrettede klinikken. Bakgrunnen for egne valg av faglige interesser ble da bredere, enn hvis man helt fra opplegget i første studieuke var blitt forsøkt sosialisert inn i en etablert legerolle, f. eks. allmennpraktikerens. Kanskje syntes ikke de unge studentene og kandidatene at allmennpraksis var så spennende, simpelthen fordi det var så mye annet i medisinen som lokket?

Dannelsesaspektets bredere tilnærming la grunnlag for en bredere nysgjerrighet, på tross av at studieopplegget kunne virke frustrerende for enkelte som ønsket seg en mer høyskolepreget konsentrasjon om den yrkesrollen de så for seg, en yrkesutdanning befridd for all heft. Ulempen med en slik målrettet yrkesrolleorientering var at den snevrere, tidlige rolleprofileringen kunne gjøre mange fag uinteressante i utgangspunktet. Hvis rollen som lege i sykehusvesenet var den som vant, var rollen som allmennmedisiner blant dem som tapte – med et viktig praktisk og jordnært unntak. I løpet av noen allmennpraktikerår etter at utdanningen var ferdig, kunne man i en godt betalt primærlegepraksis kvitte seg med store deler av studiegjelden, før man tok fatt på det ved medisinen som *egentlig* interesserte – og som fant sted i et økonomisk sett mer nøkternt sykehus- eller instituttmiljø.

430 Se f. eks. Larsen Ø. *Legestudent i hovedstaden*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2002.

Den faglige tørken i norsk allmennmedisin i etterkrigsårene hadde også en politisk bakgrunn av litt spesiell karakter. Vi har tidligere omtalt det allmenngyldige prinsipp at beslutninger tas på grunnlag av *kunnskap* som filtreres gjennom et sett av *verdier* og gir de *meninger* som er bestemmende for hva som til syvende og sist settes ut i livet. Helsevesenet i Norge i etterkrigstiden var helt fram til 1972 ledet med fast hånd av helsedirektør Karl Evang (1902–1981). Vi har allerede sett hvordan han hadde studert ulike modeller rundt om i verden for å få impulser til hvordan vårt helsevesen burde bygges opp etter krigen. I den modellen Evang valgte, var den *offentlige* legen sentral i primærhelsetjenesten, med sømløs forbindelse til spesialistene i det *offentlige* sykehusvesenet. At det skulle være slik, og at dette ville være det beste, var en politisk mening, bygget på et sosialistisk verdigrunnlag og basert på omhyggelig innsamlede kunnskaper. Andre modeller kunne også tenkes, men det var altså Evangs mening at dette passet best.⁴³¹ *Privatpraktiserende leger* – og for så vidt også bedriftsleger og andre arrangementer utenfor det offentlige helsevesenet – så Evang på med stor skepsis. Privat legevirksomhet passet ikke inn i hans modell. Evangs foretrukne legerolle var en annen. Og Evang var en mektig mann.

Det ligger utenfor rammen av denne teksten å drøfte hva slags modell for primærhelsetjenesten som ville være den beste. For fagområdet allmennmedisin, dvs. møtet med den uselekterte pasient i norsk hverdag, som likevel var der, og som allerede var representert ved et stort antall privatpraktiserende leger, var Evangs meninger ugreie. Særlig ugreit var det når *heller ikke legestudiet* ga noen særlige impulser til nyrekruttering. Noe måtte gjøres med *studiet!*

Legeforeningen tar affære

Initiativet til forandring kom fra Den norske legeforening.⁴³² Innenfor denne moderforeningen fantes Almenpraktiserende legers forening (Aplf). Den ble viktig for det som skulle skje.

Det var stadig vekk nålestikk fra storsamfunnet som bidro til å gjøre allmennpraksis til lavstatus i forhold til spesialistarbeid. Et av dem kom i 1960. Da ble adgangen for allmennpraktikere til å skrive ut enkelte blåreseptmedisiner, altså langvarig og ofte kostbar medikamentell behandling som dekkes av syketrygden, reservert for spesialister innen vedkommende fagområde. Dette pirket borti den alminnelige tilliten til legens autonomi og dømmekraft.

Selve Legeforeningen sentralt var på dette tidspunktet heller ikke spesielt opptatt av allmennmedisinen. F. eks. var det først i 1963 at begrepet

431 Se: Evang K. *op. cit.* (1961).

432 Se: Fugelli P, Johansen K. (red.) *Langsomt ble faget vårt eget*. Oslo, Bergen, Tromsø: Universitetsforlaget, 1984.

almenpraksis ble tatt i bruk – før het det *alminnelig praksis* og dette hadde i manges ører en dårlig klang.

Det var imidlertid et stort problem knyttet til norsk allmennpraksis, selv så sent som i 1950-årene. *Det var nemlig egentlig ingen som visste nøyaktig hva som foregikk.* Hver enkelt lege hadde sitt pasientarkiv, det var så, men ingen hadde oversikten. Det verken var eller er noen felles registrering, selv om man på 2000-tallet har flere datakilder som til sammen danner et bilde. Det gamle systemet på 1950-tallet med mange forskjellige trygdeordninger gjorde det vanskelig å bruke tall for trygderefusjon til statistikk over virksomheten.

Vi må dessuten anta at mangel på systematisk videre- og etterutdanning førte til variasjoner i praksisene rundt omkring, også fordi mer vage faktorer som personlig erfaring, personlige faglige preferanser og personlige holdninger kunne spille inn. Triaden *kunnskaper – verdier – meninger* gjaldt også for enkeltleger. Da kunne totaliteten bli uoversiktlig. Basisen manglet hvis man ville forbedre studentenes utdanning fram mot den virkeligheten de ville møte i allmennpraksis.

Den som gjorde noe med dette og ble en pionér, var allmennlegen fra Nes på Romerike, professor i allmennmedisin i Trondheim fra 1975, Bent Guttorm Bentsen (1926–2008). Han foretok en nøyaktig registrering av sin store praksis i 1950-årene og offentliggjorde resultatene i en serie på 15 artikler i *Tidsskrift for Den norske lægeforening* i årene 1961 til 1966, senere publisert i form av en engelskspråklig bok.⁴³³ Den vakte stor oppmerksomhet også internasjonalt, fordi Norge ikke var alene om å vite lite om hva som foregikk i allmennmedisinen.

Nå inntraff en kulturkollisjon mellom medisinen ved Det medisinske fakultet i Oslo og allmennmedisinen. Kollisjonen bidro i sterk grad til å forme allmennmedisin som et akademisk fag etterpå: Bentsen leverte nemlig inn sine undersøkelser til bedømmelse for den medisinske doktorgrad ved fakultetet. Det gikk ikke. Var slik telling *forskning*? Refusjonen av avhandlingen vakte oppsikt og ga ny og sterk inspirasjon til de legene som arbeidet for å heve allmennmedisinens status. Og Bent Guttorm Bentsen fikk fortjent anerkjennelse for sitt banebrytende arbeid. Sett i lys av hvilken oppsikt Bentsens arbeid

433 Bentsen BG. *Illness and general practice*. Oslo: Universitetsforlaget, 1970. Riksarkivets saksmappe inneholder avhandlingen i en versjon stemplet inn ved fakultetet 5/9-1966 med 15 artikler. Bedømmelseskomiteen besto av professorene Einar Blegen (1902–1988), Poul Bonnevie (1907–1990) og Ørnulv Ødegård (1901–1986). De individuelle innstillingene viser en påfallende liten forståelse for forskningsmulighetene i datidens allmenpraksis. På tross av den negative konklusjonen roses kandidaten for innsatsen. Mappen inneholder også en kopi av et privat brev fra dekanus, professor Alf Brodal til Bentsen, der han gir uttrykk for fakultetets beklagelse over utfallet. (14.10.1966 AB/G)

vakte, og hvilken betydning det fikk for allmennmedisinen både i Norge og i utlandet, gjelder i denne sak det gamle ord om at den som ler sist, ler best.

Legeforeningen kom nå til å spille en nøkkelrolle. Det som skjedde, var at man stimulert fra Legeforeningen fikk en faglig oppbygging av et allmennpraktikerkorps. Denne oppbyggingen hadde alle de sosiologiske kjennetegn på oppbyggingen av en *profesjon*. I 1960-årene var det vi nå regner som den klassiske profesjonssosiologiske litteraturen ennå ikke kommet ut, for det viktigste av denne tilhører 1970-årene og årene som fulgte. I bakspeilet ser vi likevel at prinsippene ble fulgt. Allmennpraktikerne utviklet seg til å bli en inkluderende – og dermed også ekskluderende – gruppe.

I 1973 ble dette sementert med retten til å kalle seg «Allmennpraktiker Dnlf» etter et visst utdanningsopplegg, senere ved at allmennmedisin i 1985 ble en full spesialitet på linje med de andre spesialitetene. Legeforeningen var delegert forvaltningen av denne spesialiteten, som for alle andre spesialiteter, på vegne av helsemyndighetene. Nå var det dannet en profesjon innenfor profesjonen.

Et viktig kjennetegn for en profesjon er at den selv utvikler og forvalter sitt kunnskapsgrunnlag. Der kom Det medisinske fakultet i Oslo inn i bildet. Legeforeningen, som i lønnsforhandlinger hadde forhandlet fram et større utdanningsfond fra 1967, satset på allmennmedisin. Det ble bevilget et gaveprofessorat i allmennmedisin til Universitetet i Oslo. Institutt for allmennmedisin ble opprettet i 1968. Indremedisinen Christian Borchgrevink (f. 1924) ble den første, norske professor i allmennmedisin i 1969.⁴³⁴ Instituttet fikk lokaler i Røde Kors Klinik på Oslos vestkant. Der ble de etter hvert samlokalisert med Gruppe for helsetjenesteforskning med økonomen Hans Thomas Waaler (f. 1926) og indremedisinen Peter F. Hjort (1924–2011), så det ble et miljø i huset som ikke bare hadde allmennmedisinens individrettede vinkling, men også kontakt med samfunnsforskernes mer overordnede syn på livet.

⁴³⁴ Et tilsvarende institutt med et gaveprofessorat (indremedisinen Sigurd Humerfelt (1914–2000)) ble opprettet i Bergen i 1972. Også ved de nye medisinske fakultetene i Tromsø og Trondheim (begge opprettet i 1968) var det forutsatt undervisning i allmennmedisin. I Tromsø kom medisinstudenter i 1973. I Trondheim var det undervisningssamarbeid med Bergen fra 1975 og fullstendig studium fra 1993.

Oppgaven var nå å bygge opp faget allmennmedisin,⁴³⁵ først ved å skaffe alburom i studieplanen for undervisning, først frivillig og sammen med andre fag,⁴³⁶ etter hvert mer og mer.

Utplassering av studenter hos allmennpraktikere ble en meget populær undervisningsform. Allerede tidlig i studiet kunne studentene nå føle seg som «ordentlige doktere». Det var imidlertid ikke fakultetet i Oslo som var først her, men det nyopprettede Universitetet i Tromsø som innførte praksistjeneste hos distriktsleger i regionen for viderekomne studenter i hele to måneder fra 1978. I Trondheim innførte man det samme fra 1977, riktignok bare med 14 dager, mens man i Oslo innførte en fire ukers utplassering fra 1982. I Bergen satt man lenge på gjerdet.

I 1983 innførte fakultetet i Oslo klinisk eksamen i allmennmedisin i 18. termin for inntil en tredel av studentene. Dette var en eksamen med «udifferensiert pasient» og den foregikk ved kommunale helsesentra i Oslo. Andelen av studenter var trukket ut tilfeldig, men det betydde nødvendigvis at det da var noe annet de ikke kom opp i, hvilket selvsagt var kontroversielt. Ordningen opphørte allerede i 1984, på tross av at man ved Institutt for allmennmedisin mente at den var vellykket.⁴³⁷

Etter hvert ble det i Oslo også kontakter med allmennpraksis på et meget tidlig tidspunkt i studiet, spesielt da studieplanen «Oslo -96» ble innført (herom senere) og det ble praksisutplassering allerede i første semester. Gradvis er allmennmedisin blitt et av hovedfagene ved fakultetene. De som fortsatt er blant oss av pionérene fra 1960-årene kan se seg tilfreds tilbake.

Fakultetet i Oslo og senere de andre medisinske fakultetene, fikk en selvfølgelig rolle når det gjaldt forskningen, dvs. oppbyggingen av eget kunnskapsgrunnlag. Her var det problemer, for hva var det ved *allmennmedisinens egenart* som kunne tilby spesifikke forskningsoppgaver? I den første fasen lå mye av dette nettopp i å klarlegge fagets egenart ved å drive *telling* i en eller annen form. Og fantes det noen spesifikke *forskningsmetode*? Likevel var det ofte ny kunnskap som kom fram, nyttig for videre fagutvikling.

For profesjonsbyggingen var det også viktig å få «fotfolket» med. Derfor ble det etablert stipendordninger slik at allmennpraktikere kunne delta noen

435 Se detaljer i kapitlet av Westin S, Forsdahl A, Østensen AI. I: Fugelli og Johansen K. *op. cit.* (1984), s. 78ff.

436 I flere år på 1970-tallet var det f. eks. et fruktbart undervisningssamarbeid mellom allmennmedisin og medisinsk historie: I form av en historisk forelesning kombinert med en praktisk klinikk med pasientdemonstrasjon ble viktige emner belyst, f. eks. alkoholisme, funksjonshemninger osv. Dette var en slags forløper til det som senere ble undervist i medisinske atferdsfag.

437 Personlig meddelelse januar 2014, professor Jørund Straand.

måneder i universitetsmiljøet og kanskje komme i gang med et eget prosjekt. Ganske nylig er det blitt opprettet en «forskerskole» ved Avdeling for allmennmedisin ved Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo, for mer systematisk kvalifisering av forskerrekrutter til allmennmedisinfaget.⁴³⁸

Allmennmedisin og samfunnsmedisin

Allmennmedisinen ved Det medisinske fakultet i Oslo var organisert som et eget institutt på linje med alle de andre enhetene ved fakultetet. Det var i 1989 blitt 106 slike selvstendige enheter. Da disse ble slått sammen til seks enheter med virkning fra nyttår 1990, gikk allmennmedisin inn som en del av Instituttgruppe for allmennmedisin og samfunnsmedisinske fag. Ved de øvrige, norske medisinske fakultetene hørte allmennmedisin sammen med samfunnsmedisin fra begynnelsen av.

Dette var i og for seg rimelig. Allmennmedisinens individrettede preg skulle balanseres mot samfunnsmedisinens grupperettede profil. Fra gammelt av stemte dette overens med *distriktslegerollen*, legen som både hadde ansvaret for sine egne pasienter og for å ivareta distriktets ve og vel i helse-spørsmål. Forebyggende medisin og offentlig helsearbeid var i medisinstudiet ivaretatt av faget *hygiene*, fra 1952 delt i *hygiene*, etter hvert betegnet *forebyggende medisin*, og *sosialmedisin*.

Etter hvert sviktet imidlertid denne forutsetningen for allmennmedisinen. Distriktslegens rollebilde bleknet i 1984 da Kommunehelsetloven ble

⁴³⁸ Det medisinske fakultetet i Oslo har pr. 2014 ansvaret for to forskerskoler: Nasjonal forskerskole i allmennmedisin (NAFALM) og Nasjonal forskerskole i hjertemedisin (Norheart). Forskerskolene har som mål å heve kvaliteten på forskerutdanningen i Norge. Skolene finansieres av Norges forskningsråd og er et nettverksamarbeid mellom flere institusjoner. Gjennom skolene skal ph.d.-studentene få tilgang til kurs, seminarer og nettverk som skal gi dem et tilbud ut over det som gis av deres egen institusjon. Skolene skal også bidra til å fremme rekruttering og internasjonalisering av norsk forskerutdanning. I alt finansierer Norges forskningsråd 15 forskerskoler, hvorav det medisinske fakultetet i Oslo er vertsinstitusjon for to. I tillegg deltar fakultetet i fire andre nasjonale forskerskoler. Forskerskolene i allmennmedisin og hjertemedisin ble opprettet i 2013 og har en prosjektperiode på åtte år. Nasjonal forskerskole i allmennmedisin er et samarbeid mellom universitetene i Oslo, Bergen og Tromsø, samt NTNU og UniHelse. Et kull på 15–20 studenter tas opp en gang i året og gjennomfører et tre-års program med kurs og seminarer både som fysiske treff og via web-møter. I tillegg vil skolen bidra til forskningsopphold ved forskningsinstitusjoner i utlandet. Kursene er rettet mot forskningsprosjekter i primærhelsetjenesten, og skolen sikter å være et nasjonalt miljø for teori- og forskningsmetodeutvikling egnet i allmennpraksis. Det første kullet har studenter som forsker på temaer som influensa i allmennpraksis, medisinsk uforklarte plager og sykdommer, svangerskap og fødselsdepresjon i en multietnisk befolkning, språket i legeerklæringer, og livets slutt i sykehjem.

Nasjonal forskerskole i hjertemedisin (Norheart) samarbeider blant annet med universitetene i Bergen, Stavanger, Tromsø og NTNU. Forskerskolen tilbyr utvekslingsprogrammer for ph.d.-studenter, samt kurs, workshops og et årlig nasjonalt symposium. (professor Elin O. Rosvold, personlig meddelelse 2013).

OBS! *Forskerskolene* må ikke blandes sammen med *forskerlinjene*, som er for grunnstudiets studenter.)

innført. Distriktslegen forsvant. Førstelinetjenesten i kommunene ble reorganisert. Å være kommunelege var ikke det samme som å være statens forlengde arm som distriktslege.

Mer og mer av primærhelsetjenesten ble dessuten overtatt av leger uten offentlige oppgaver, og som mest – eller bare – drev privat praksis som selvstendig næringsdrivende. Landskapet var blitt et annet.

Allmennmedisinerne gjorde imidlertid noe som profesjonssosiologisk sett var meget klokt. De utarbeidet en *lærebok* i allmennmedisin.⁴³⁹ Professor Steinar Hunskaar (f. 1956) i Bergen redigerte læreboka med en rekke kolleger som medarbeidere. Slik lærebokutarbeidelse kommer ikke bare studentene til gode. Den definerer også faget i dybde og bredde og virker samlende på dem som arbeider med det. Lærebokskriving er mer enn å skrive lærebok. Her er det andre medisinske fag som har noe å lære.

Men dreiningen mot den rene, pasientrettede virksomheten gjenspeiltes også i undervisningen. Forebyggende medisin gled mer og mer ut av det allmennmedisinske synsfeltet. Til sist gled samfunnsaspektet til og med ut i skyggen i allmennmedisinernes *selvbilde*, slik de har formulerte dette i sine «teser».⁴⁴⁰ *Serve the sick* presser *serve the society* ut, for å holde oss i denne bokas logikk.

Å lære allmennmedisin ble å lære å drive allmennpraksis.

Hvem har bestemt over allmennmedisinen som akademisk fag?

Vi har sett at Legeforeningen har hatt en sentral rolle. Det samme undervisningsengasjementet fra foreningens side som vi har beskrevet fra årene rundt århundreskiftet 1900, blomstret opp igjen da saken om allmennmedisinen kom opp i 1960-årene. Selv om det formelt ikke tillå Legeforeningen å bestemme over vårt fakultets undervisning, var foreningen intenst tilstede. Med sine økonomiske bidrag til virksomheten forventet foreningen naturlig nok innflytelse, hvilket den også fikk. Det er tankevekkende å sammenlikne diskusjonene om undervisningen i allmennmedisin med diskusjonene om legerollen og medisinerundervisningen to-tre generasjoner tidligere.

Det er egentlig stemmen til Johan Scharffenberg vi hører som et ekko i bakgrunnen: Skal vi utdanne leger for praksis eller vitenskapsmenn?

«He is dead, but he won't lie down».

439 Hunskaar S. (red.) *Allmennmedisin: klinisk arbeid*. Oslo: Ad notam Gyldendal, 1997 (flere utgaver).

440 Oppdaterte «teser» finnes f. eks. på www.fastlegen.no. (sjekket 210314). Tesene konstaterer at allmennmedisinens sentrum er lege-pasientforholdet. Samfunnsansvaret gjenfinnes bare i utvannet form under punkt 6. *Beskriv praksiserfaringene*. : «Å forebygge sykdom og uhelse er ofte et spørsmål om å endre samfunnsforhold. Legen skal systematisere og dele sin kunnskap med forvaltning og politikere om sykdoms- og lidelsespanoramaet i sin populasjon.» Allmennmedisinerne pålegger altså ikke seg selv å *ta noe ansvar*, bare å formidle informasjon.



Figur 106: Det ble en mykere stil ved Universitetet i Oslo da jusprofessor Lucy Smith (1934–2013) tok over som rektor etter Inge Lønning (1938–2013) i 1993. Her fra et lederkurs på Institute for Management Development i Lausanne i 1997, der også mellomledere deltok, f. eks. denne forfatter i egenskap av instituttbestyrer. Fra venstre Det medisinske fakultets dekanus fra 1996 professor Jon Dale (1934–1998), professor i kjemi og prorektor Knut Fægri jr. (f. 1946) og rektor Lucy Smith. (Foto: Øivind Larsen)