

Det som imidlertid må ansees som et faktum, er at enkelte fag, spesielt de teoretiske og f. eks. enkelte av de samfunnsmedisinske fagene, undervises mest effektivt på andre måter.

Et annet faktum er at studieplanen «Oslo -96» tar et klart standpunkt i teori-praksis-diskusjonen i retning av praktisk arbeid med pasienter.

Og i jubileumsåret 2014 kommer en ny studieplan.

## 36. Fram mot 2014 – noen linjer

### *Steinkasting uten stein*

I 1968 ble det kastet stein i Paris. Gater belagt med brostein ble en trussel mot det etablerte samfunn. En ganske spektakulær rekke av hendelser fant etter hvert sted i et Europa som hadde et sivilisert selvbylde.

Studenter gjorde opprør mot blant annet undervisning de oppfattet som uaktuell og mot organisasjonsformer som de syntes var udemokratiske. Det begynte i «det små» den 5. mai 1968 med at politiet arresterte bortimot 600 studenter som protesterte mot undervisning og eksamen. Nesten øyeblikkelig ble det som hendte til et opprør mot samfunnet i sin alminnelighet.

Universitetsforholdene ble bare en del av bildet. Demonstrasjonstog og gatekamper med sekssifrede antall involverte var bare begynnelsen på generalstreiker der millioner deltok. Og millionene var neppe primært interessert i studenters kår. At grupper som liker bråk for bråkets egen skyld også meldte seg på i det som skjedde, lar seg antakelig heller ikke benekte. Opprøret spredte seg til andre land<sup>457</sup> og gjorde 1968 til et merkeår.

I Norge rørte det seg også i 1968, men vi kastet ikke stein. Derimot ble også her Marx, Lenin og Mao helter for radikale bevegelser som etter hvert gjennomsyret store deler av samfunnet, særlig blant de unge. Bevegelsene ble godt understøttet av saker som protester mot amerikanernes krigføring i Vietnam og gryende motstand mot planene om å innlemme Norge i det som den gang het EEC, nå EU.

Kulturelt sett var det protesten mot det *autoritære* som var fellesnevneren, ofte mer enn innholdet i de sakene man protesterte mot. Nyhetssendinger, fjernsynsbilder og mediaoppslag fra verden utenfor gjorde det *legitimt å stå opp og si fra*, gjerne med sterke ord.

Medisin var et fagområde med mye autoritet. I tillegg til den alminnelige autoritet professorer, overleger og andre hadde i kraft av sine posisjoner,

---

<sup>457</sup> Kollega Per Holck opplevde som student i Heidelberg at en av opprørslederne fra Paris Daniel Cohn-Bendit (f. 1945) (senere tysk politiker for partiet «de grønne») kom dit for å ildne opp studentene.

var det også den autoriteten som avspeiler respekt og frykt for det vi ikke rår med selv – *sykdom*. Derfor kan det hevdes at medisinske professorer hadde en spesiell autoritet – som noen av dem også hadde visst å dyrke.<sup>458</sup> Det var derfor en del å protestere mot.

At f. eks. den tradisjonelle psykiatrien var autoritær, var et faktum, dels fordi streng institusjonsbasert behandling ofte innebar repressive tiltak. Protester mot dette kunne imidlertid slå over, slik at den psykiatriske sykdommen i seg selv ble ansett som et overgrep. «Italiensk psykiatri» med stengning av institusjoner slo inn.

De innen helsevesenet og den akademiske verden som hadde latt sin autoritetsbruk anta uheldige former, målt med alle skalaer, måtte i disse årene regne med å få høre dette på en øredøvende måte.

### *Protester og pedagogikk*

Innen den medisinske universitetsverden førte den nye protestkulturen til endringer som man i ettertid kan vurdere som både gode og dårlige. Fag som ble oppfattet som kjedelige eller vanskelige, kunne komme i klemme. Dessverre er det slik at et framtidig arbeid som lege på akseptabelt faglig nivå simpelthen fordrer god kjennskap til emner som blir oppfattet som både kjedelige og vanskelige under studiet. Eksempel: Normal anatomi eller normale biokjemiske prosesser.

Å kople innføring i slik kunnskap sammen med den mer spennende klinikken lyder pedagogisk forlokkende, men det er betydelig forskjell i læringseffekt for normal anatomi ved å se på en patologisk, deformert lever på et obduksjonsbord og et instruktivt, formalinfiksert preparat av en lever uten sykelige forandringer. Det er f. eks. også lettere å skjønne hvordan urindrivende medikamenter virker, dersom man har en solid bakgrunn i normal nyrefysiologi og biokjemi. I en opprørsk tid var det ikke så lett å akseptere dette. De nye antiautoritære strømningene fikk derfor langtids-effekter for studieplanarbeidet framover.<sup>459</sup>

---

<sup>458</sup> En lang rekke norske medisinerstudenter opplevde Ernst Harald Schjøtt-Rivers (1901–1982) som var professor ved Rikshospitalets kvinneklinikk 1953–1971. Han var sjeldent autoritær, men på en måte som man ikke protesterte mot, for han hadde en godmodig undervisningsform og lærerferd som de fleste simpelthen satte pris på. Forelesningene var ofte rene festforestillinger med gode historier, talekor osv. Han må ha vært en kontrast til en forgjenger ved samme avdeling noen tiår tidligere, Kristian Brandt (1859–1932), som hadde en spesiell atferd som det fortsatt går gjetord om. Men begge belyser et interessant og allment historisk trekk: At det inntil for en generasjon siden simpelthen var mulig, innenfor et arbeidsmiljø, for høyt aktede overleger å utvikle en helt spesiell stil uten at sosiale korrektiver slo sterkere inn.

<sup>459</sup> Universitetet i Tromsø ble opprettet i 1968. Den nye medisinske studieplanen der var sterkt influert av den nye tenkningen.

Enkelte medisinske fag er autoritære i sin karakter. Alt som har med forebyggende medisin å gjøre, er egentlig det. Det å lære bort hvordan man skal forebygge, å dosere at vi har kunnskapsmessig dekning for at det er best å gjøre ting slik og slik, er å legge føringer for andres atferd og beslutninger. Vi har tidligere beskrevet beslutningskjeden *kunnskap – verdier – meninger*. Denne slår ofte inn overfor forebyggende medisin. Verdier om individets frihet og politiske meninger om hvordan samfunnet bør innrettes, kan blokkere for håndfaste, kunnskapsbaserte medisinsk begrunnede anbefalinger. Det kan skape paradokser som melder seg stadig vekk når man ser tilbake og ser hvordan økende engasjement for omgivelsene og deres helsemessige innflytelse parres med økende motstand mot å ta konsekvensen av kunnskapene.

Allerede i 1967 var, spesielt etter påtrykk fra foreningen for det administrative og teknisk-administrative personalet ved Universitetet i Oslo, den såkalte *Brodalkomiteén* – som vi har omtalt tidligere – oppnevnt for å forberede nye styringsformer ved Universitetet, der det skulle bli mer demokrati på alle plan, og dette skjedde gradvis fram mot 1975.

Da teknisk-administrativt personale kom inn i besluttede organer sammen med studentene, viste det seg å bli betydningsfullt, ikke bare fordi disse gruppene fikk bedre muligheter for å ivareta sine egne interesser, men også som korrektiv til professorenes og dosentenes maktposisjoner. Vi har alt vært inne på at det ble en gradvis oppmykning som bidro til at fakultetet fra 1970-årene var noe annet enn fakultetet bare ti år tidligere.

At studentenes deltakelse i styre og stell var blitt mer formalisert enn før, virket også inn på deres innflytelse på studiets faglige profil. Det er neppe riktig å si at enkelte av universitetslærerne ved Det medisinske fakultet var *redde* for studentene når de hevdet sine sterke meninger, selv om det kunne virke slik. En annen reaksjon, spesielt hos en del yngre lærere, var å engasjere seg i saker sammen med studentene og stå sammen med dem mot fakultetets *establishment*.

Saken om *bestått/ikke-bestått* istedenfor graderte karakterer ble en slik ikonisk kampsak for studentene. Argumenter om uønsket konkurransemiljø, eksamenspress og urettferdighet ble fremmet med stor styrke. Bestått/ikke-bestått ble til sist innført med utholdende læreres hjelp, til manges motstand, i studieplanen av 1996. I 2014 kommer karakterene tilbake. Sannsynligvis var det i denne foreløpig siste runde *kunnskapene* om hva som var best, som vant over *verdiene* og *meningene*.

Universitetslærere med lang erfaring vil sannsynligvis være enige i at det skjedde noe med undervisningssituasjonen rundt 1970. Protesters økende legitimitet styrket nemlig også de konstruktive, kritiske holdningene.

Mens studentene i tiårene tidligere i større grad godtok det som ble sagt og det som ble lest, ble de nå mer kritiske, ikke for kritikken egens skyld, men på bakgrunn av en egen vurdering av hvorvidt det som ble presentert, virkelig var den best tilgjengelige kunnskap. Dette skjerpet selvsagt også lærerne. Det nyttet ikke lenger bare å lene seg på autoriteten som professor.

### *År med myldrende mangfold*

Så sent som i 1970 var f. eks. ikke fakultetet særlig komplisert. Det var dekanatet, fakultetsrådet, og i tillegg til et sekretariat av beskjedent omfang. Fakultetsrådet besto i alt vesentlig av professorene og dosentene som var medlemmer *ex officio*. Fakultetsrådet møttes i den store og elegante fakultetsrådssalen som utgjorde det meste av toppetasjen i Universitetets administrasjonsbygg fra 1964<sup>460</sup>.

Her hadde arkitekt Frode Rinnan (1905–1997) slått seg løs. På et teglsteingulv lagt i solmønster var det fastmonterte armstoler i gyllent skinn. Glassvegger ga blendende utsikt i tre himmelretninger, mens fakultetsmedlemmene i den fjerde retningen så mot katetrene for dekanus og administrasjon som hadde Hannah Ryggens (1894–1970) monumentale bildeteppe *Trollveggen* (1966) til bakgrunn. Gammeldags høytidelighet var integrert med tidens former for ledelse og administrasjon. Hentydninger til hierarki, autoritet og ærbødighet var konsentrert i en arkitektur som var en anakronisme allerede da bygningen var ferdig, tross sin modernitet.

Det er betegnende for utviklingen videre at det ikke gikk lenge før ombyggingene begynte og høytiden forsvant. Administrasjonen ved Universitetet økte. Nye styringsformer hadde andre plassbehov. Møterom med sponplatevegger og fliker av solmønstergulv som kunne skimtes under nøkterne møbler, signaliserte at her hadde den nye tid tatt over for den gamle.

Aktiviteten ved Det medisinske fakultet var økende. Antallet separate enheter nådde, slik vi har beskrevet tidligere, et maksimum i 1989 med hele 106. Å bli et selvstendig miljø, en enhet med eget budsjett og annuum, hadde vært et mål i utviklingen for mange spesialområder som søkte en identitet. Alle enhetene hadde oppgaver innenfor undervisning og forskning. Noen hadde mye undervisning og lite forskning. Andre fag hadde det omvendt, det var mest forskning og knapt nok en undervisningstime eller to. Men fagene hørte likevel med til den medisinske helheten, selv om enkelte hadde fått lite plass på studentenes timeplan.

Forskningsaktiviteten ved fakultetet økte på denne tiden og ble etter hvert svært mangfoldig. Fra omtrent 1970 er det umulig for noen enkelt-

---

460 Nå: Lucy Smiths Hus.

person å ha kompetanse og kapasitet til å beskrive den høyst forskjelligartende virksomheten slik at man yter den mangslungne aktiviteten rettferdighet.<sup>461</sup> Det er ikke mulig å følge alle de 106! Derfor må vi heller se på noe av det som har latt seg observere av store linjer:

### *Skolen styrkes*

1978 var et viktig år i Det medisinske fakultets historie. Da sto nemlig Preklinisk Bygg<sup>462</sup> på Gaustad ferdig og kunne ta imot nye studenter. Med statsråd Kjølvs Egeland (1918–1999) i spissen ble bygget åpnet med brask og bram.

Det var den dynamiske fysiologiprofessor Bjarne Waaler (1925–2007) som hadde kjempet fram dette høyst tiltrengte nybygget på en tomt som lå like ved gårdsanlegget på gamle Gaustad gård – gårdsbruket som også hadde Gaustad sykehus, åpnet 1855, på sitt område.

Waaler hadde møtt motstand på nær sagt alle hold, men fikk planen gjennom til slutt. F. eks. var naturvernere veldig bekymret for mangfoldet ved at den rabben som var utsett til tomt fot formålet, ble nedbygd. Og så var det pengene som angivelig var knappe. Til sist ble det gitt klarsignal for et bygg med «industristandard» i røff stil. Det ble f. eks. valgt metallfasader, på tross av at erfaringene med slike var delte.<sup>463</sup> Gulvene fikk et korkbelegg som alle skjønte ville bli slitt ned ganske raskt. Osv. Med andre ord – byggekostnader var blitt overført til vedlikeholdsbudsjettet. Var det en generell misunnelse overfor medisinerne som lå bak alle vanskene? På Blindern var det mer enn overbefolket, og så skulle disse dyre medisinerne ha enda mer? Men et nytt Preklinisk Bygg ble det, mot alle odds.

Det var basalfaginstituttene i vestbygningen i Sentrum, *Domus bibliotheca*, som flyttet først, dvs. Fysiologisk Institutt og Institutt for medisinsk biokjemi, mens Seksjon for medisinsk historie, som hadde holdt til blant skjelettene på loftet på Anatomisk Institutt i *Domus media*, fulgte med på lasset. Medisinske atferdsfag var nettopp etablert og fikk lokaler i nybygget, og etter hvert medisinsk genetikk og medisinsk statistikk. Medisinsk bibliotek flyttet også inn. Anatomene fulgte etter i annet byggetrinn i 1990.

461 I jubileumboka til fakultetets 175-års-markering i 1989 (Larsen Ø. *Mangfoldig medisin*. Oslo: Universitetet i Oslo, 1989) ble stoff innsamlet ved henvendelse til enhetene og det vises til dette. For Rikshospitalets vedkommende se Natvig JB & al. *De tre Riker*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2001. Flere av miljøene har dessuten utarbeidet egne historiske oversikter. Det vises til disse.

462 Senere kalt *Domus medica* etter forslag fra professor Sigbjørn Fossum (f. 1945).

463 Ved Freie Universität Berlin var det fra 1960 og utover reist et nokså tilsvarende bygg (die «Rostlaube», Habelschwerdter Allee 45 i Dahlem) hvor det raskt hadde oppstått betydelige vedlikeholdsproblemer av samme art som de som viste seg i Oslo.

Så sent som ved åpningen i 1978 var administrasjonen i det nye, store universitetsmiljøet oversiktlig. Det var f. eks. ingeniør Hartvig Dahl som tok seg av alt mulig. Nora Bogstad sto for papirmøllen. I kjelleren var blant andre tusenkunstneren instrumentmaker Eriksen, vaktmester Finstad og snekker Viken, alle utpreget på lag med folk ellers i huset hvis det trengtes.

### *Faglig drivhus?*

Undervisningsmessig var det en stor fordel at studentene i første del av studiet nå hadde fått tidsmessige kurssaler og et stort og et mindre auditorium der de kunne vagle seg opp for å høre forelesninger. Dessuten var det en romslig kantine der de kunne møtes mellom slagene. Det var fint at denne sosiale møteplassen var inne i huset, for i de første årene lå Preklinisk Bygg egentlig «på landet». Vest for Gaustad Sykehus, der hvor det nye Rikshospitalet ligger siden 2000, var det bare jorder, foruten gårdstunet med den hvite forvalterboligen<sup>464</sup>, den store, røde låven med klokketårnet og noen mindre driftsbygninger. Forvalterens langhalsede og lite imøtekommende gjeSS sørget for at ingen tok snarveien over tunet.

Fordi anatomiundervisningen fortsatt foregikk i sentrum, så i ethvert fall medisinerne andre studenter etter flyttingen til Gaustad i 1978. I sentrum var det f. eks. jus-studenter som kunne treffes i Aulakjelleren. Man kunne også ta en snartur ut i byen for å se andre mennesker. Men spesielt fra 1990, da annet byggetrinn på Gaustad var klart til innflytting, kunne de første årene av et medisinstudium i Oslo grovt sett gjennomføres uten at man så noen andre studenter enn dem som hørte hjemme på samme og nærliggende kull, heriblant de odontologistudentene og ernæringsstudentene de hadde integrert undervisning sammen med. Og ettersom kjønnsfordelingen blant studentene etter hvert ble nokså jevn, slik at interessante personer kunne være å finne i nærmeste omgivelser, bidro også det til å styrke lokalmiljøet. Man kunne holde seg der.

Enda mer uttalt ble den mentale avstanden til Universitetet ellers da det nybygde Rikshospitalet ble åpnet på Gaustad i 2000. Etter dette tidspunktet kan et medisinstudium ved Universitetet i Oslo egentlig skje uten kontakt med selve Universitetet i det hele tatt. Det er omtrent bare *examen philosophicum* som er blitt igjen som navlestreng.

Hvilken betydning den fysiske lokalisasjonen av medisinerstudentene har hatt for forholdet mellom medisinerne og andre studenter og mellom Det medisinske fakultet og de andre fakultetene, er uklart, men kunne

<sup>464</sup> Forvalterboligen ble flyttet til sin nåværende beliggenhet (2014) nærmere Gaustad Sykehus i forbindelse med byggingen av Rikshospitalet. Bygningen er litt sjelden, i og med at den er oppført i mur og i sveitserstil.

vært interessant å vite mer om. Profesjonssosiologisk sett blir det et særtrekk for medisinerne i Oslo at utviklingen fram mot yrkesrollen skjer på så vidt homogene premisser, og at disse premissene legges i et snevert medisinsk miljø. På den annen side – et trygt og inkluderende studiemiljø kan være godt å ha gjennom et langt studium og også gi et varig nettverk.

Sosialiseringen inn i studentlivet er noe som vi ser har vært bevisst understøttet opp gjennom studiets historie. Opptaksreglene til studiet bidrar også til tidlig harmonisering av studentenes kunnskaper, holdninger og ferdigheter. De er alle meget velutrustet og ved studiestart er de gjerne åpne og allment interesserte, nysgjerrige og lett tilgjengelige for nye inntrykk og ny kunnskap.<sup>465</sup> De nye studentene har blitt og blir tatt imot med fadderordninger, presentasjoner av foreningsaktiviteter og ikke minst med introduksjonsmøter og entusiasmerende introduksjonsforelesninger. Stemningen hos studentene når de tas imot de første dagene, er ofte at de har en blanding av stolthet og tilfredshet over å være kommet inn og nysgjerrighet og utrygghet overfor det som skal komme.<sup>466</sup> Identitetsdannelse og sosialisering har et momentum nettopp på dette tidspunktet.

Det er enda en faktor som bidrar til at medisinerne, i likhet med f. eks. odontologistudentene, også etter at preklinikken er over, får et miljø som ligger litt på siden av Universitetet ellers. De er studenter ved Universitetet i Oslo, men de er liksom ikke der likevel. For medisinerne venter nå sykehusmiljøene. Det er især Rikshospitalet og Ullevål universitetssykehus som danner rammen om fellesskapet, men også mer fjerntliggende steder. Ved Sentralsykehuset i Akershus (SiA), åpnet 1961, foregikk det i en periode studentundervisning med ansatte fra staben i bistillinger som universitetslærere, men dette opphørte. I 1999 vedtok imidlertid Stortinget at SiA skulle bli Akershus universitetssykehus, og fra 2001 har det vært full klinisk undervisning der. Det er langt fra Lørenskog til Blindern.

Mange studentaktiviteter til forskjellig tid vitner likevel om engasjement vedrørende verden utenfor. Norsk medisinerstudentforening, som er en forening som inngår i Den norske legeforenings struktur, arrangerer f. eks. studieopphold i lavinntektsland, hvilket kan være meget lærerikt for dem

---

<sup>465</sup> Dette inntrykket er basert på forfatterens mer enn 40 års undervisningserfaring.

<sup>466</sup> Det står ikke til å nekte at eldre studenter undertiden har falt for fristelsen til å komme med *practical jokes* i denne nokså takknemlige atmosfæren for denslags. En av de mer uskyldige sådanne fra ca. 1980: Under introduksjonsmøtet kom en gravalvorlig person fram og forklarte at undervisningen i teoretisk astrokjem i år ville bli holdt på tysk. Derfor sendte han nå rundt en påmeldingsliste til det forberedende tysk kurset. De nye studentene skrev seg pliktskyldigst på listen med like stort alvor, uten å skjønne at de var tatt ved nesen – faget teoretisk astrokjem i finnes neppe, i ethvert fall ikke ved noe medisinsk fakultet, og det var heller ikke noe tysk kurs!





*Figur 109: Gaustad gård i 1992 før byggingen av Rikshospitalet begynte. (Foto: Per Holck)*



*Figur 110: Gaustads store låve rives for å gi plass til Rikshospitalet. (Foto: Per Holck)*



som deltar. «medhum» er Norsk medisinerstudentforenings humanitæraksjon. Medisinerforeningen fra 1829 er mer lokal og sosial.

Det ville være et tankeeksperiment å se for seg flere unge leger som hadde mer kunnskaper og holdninger fra humanistiske fag, samfunnsfag, realfag, ingeniørfag osv. i sin bakgrunn, og hvilken innflytelse det kunne få for den alminnelige *legerollen*, for det vi har kalt *images* og *objectives*.

### *Har det skjedd noe med studentene?*

Har medisinerstudentene som gruppe betraktet forandret seg i de siste tiårene? Et forhold som gjør medisinermiljøet mer likt miljøet ellers på universitetet, er kjønnsfordelingen. Når fordelingen omkring fakultetet 200-årsjubileum er blitt slik at litt over halvparten er kvinner, fra å ha vært rundt 15% i 1950-årene, gjenspeiler det utviklingen i studentverdenen i sin alminnelighet. Årsaker og virkninger når det gjelder denne endringen i kjønnsbalanse, er en lang diskusjon som vi ikke skal ta her.

Når det blir stadig flere medisinerstudenter med innvandrerbakgrunn, gjenspeiler det også samfunnet som sådant. Det som ikke er likt med samfunnet for øvrig, og som skiller også disse medisinerstudentene fra ungdom ellers, er at det er *de flinkeste*.

Nyborg<sup>467</sup> så i 1996 tilbake på tiårene forut. Det var år hvor leger var skyteskiver for kritikk og mistanker fra alle hold, blant annet som uttrykk for det alminnelige autoritetsopprøret. Dette kan tenkes å ha hatt innflytelse på rekrutteringen, og også på hvordan de studentene som var tatt opp, opplevde studiet. Hun refererer en del undersøkelser som ble gjort vedrørende dette. En viktig studie er Wiers-Jenssens hovedfagsoppgave i sosiologi fra 1994. Den bygger på en studie av rekrutteringen til studiet blant et årskull medisinerstudenter i 1993.<sup>468</sup> Stor interesse for å utdanne seg fram til et yrke der man er personorientert og arbeider med mennesker, later til å være et gjennomgående trekk som imidlertid neppe er nytt.

Studiet av et studium må ofte også se på oppfatningen av alternativene. I to andre studier<sup>469</sup> har Wiers-Jenssen sett på utenlandsstudier i sin alminnelighet, altså ikke bare for medisinerere, selv om medisin gjennomgående er det fag som hyppigst velges ute. Bildet er nyansert, men inntrykket er nok for medisinerne som tittelen på det ene arbeidet sier: *Borte bra, men hjemme best*, riktignok med et spørsmålstejn. Utenlandsstudenter er gjerne tilfredse med sitt valg, men medisin skiller seg her litt ut fra andre studier.

467 Nyborg G. Preparing for the inevitable crisis? Medical students after the 1970s. s. 399-405 i: Larsen Ø. (red.) *The shaping of a profession*. Canton MA: Science History Publications/US, 1996.

468 Wiers-Jenssen J. *Rekruttering til medisinstudiet*. Oslo: Institutt for sosiologi, 1994.

469 Wiers-Jenssen J. *Norske medisinstudenter i utlandet*. Oslo: NIFU, 2000 og Wiers-Jenssen J, Frølich N, Aamodt PO, Hovdhaugen E. *Borte bra, men hjemme best?* Oslo: NIFU 2008.

Ser vi på det å reise ut for å studere som *migrasjon*, kan vi bruke migrasjonsbegrepene pull-faktorer og push-faktorer, der det som lokker og trekker er det mest positive, og push-faktorene de som skyver ut. For medisinerne kan push-faktorene være viktigere enn for andre, grunnet det forhold at de ikke kom inn på det foretrukne medisinstudiet i Norge.<sup>470</sup>

Det ser ut ikke ut som om støyen omkring legeyrket har virket inn på det norske medisinstudiets popularitet. De sosiale endringene innenfor studentgruppen har sannsynligvis mer å gjøre med familieforhold, omsorg for barn osv.

Da studentopptaket for de fire medisinske fakultetene ble samordnet fra høsten 1996, ble også opptaksreglene strammet inn, slik at unntakene ble færre fra hovedregelen om at artiumsresultatene er det som teller. Dette har gjort noe med demografien igjen. De nye studentkullene er igjen yngre og mer homogene enn de hadde vært i noen år tidligere.

Det er viktig å huske på at endringer i studieplanen kan ha langtidseffekter også på rekrutteringen. Man skal ikke se bort fra at den økte vekt på mellommenneskelige forhold som innføringen av medisinske atferdsfag ga i 1970-årene, gir ungdom som skal velge studium et annet inntrykk av medisinstudiet enn f. eks. tjue-tredve år tidligere.

Medisinerstudenter ved norske universiteter, hvorav de fleste er ved Det medisinske fakultet i Oslo, er et utvalg av landets mest oppvakte ungdom og vi vet at de overveiende kommer fra gode kår. De skulle således ha alle forutsetninger for å ha det bra. Men i alle liv kan det være mørke sider. Derfor har blant annet Avdeling for medisinske atferdsfag i samarbeid med Legeforeningens forskningsinstitutt etablert langsiktige studier av trivsel og mental helse.<sup>471</sup> Hvordan de siste årtienes studenter får det i livet i denne henseende, vil vise seg.

### *Stadig strukturering*

Gjennom to hundre år har vi hørt om klager på undervisningen, at den må tilpasses og struktureres bedre. Dette har vært fulgt opp av studieplandebatter og fra tid til annen en ny studieplan,<sup>472</sup> med en foreløpig kulminasjon i «Oslo -96» fra 1996 og den nye planen som settes ut i livet i jubileumsåret 2014. Sett i bakspeilet må debattene og revisjonene sees som en

470 Wiers-Jenssen J. *Student mobility and the professions value of higher education from abroad*. Oslo: Faculty of social sciences, Department of sociology and human geography, 2008 (dr. avh.)

471 Se f. eks. Tyssen R. *Mental health problems among medical students and young physicians*. Oslo: Faculty of medicine, Department of behavioural sciences in medicine, 2001.

472 For perioden fra ca. 1970, se aktørseminarreferatet.

innebygd, dynamisk prosess som gjenspeiler balansen mellom virkelighet og forventninger hos studentene, universitetslærerne og verden omkring.<sup>473</sup>

Nettopp derfor er det ofte vanskelig i ettertid å få fatt på akkurat *hva som er i veien med gjeldende studieplan* når krav om nyordning kommer opp. Enkelte ganger har det vært lett å forstå at bedre samordning kunne være nødvendig, som i 1950-årene, da haling av gårde til Holmenkolbanen var en integrert del av første studieår. Dette er kanskje noe av det som huskes best av studiet etterpå, fordi undervisningen foregikk dels i sentrum, dels på Blindern. Eller når sko, sykler og trikkekort gikk varme i studentenes pendling mellom Rikshospitalet i Pilestredet, Ullevål sykehus, Aker sykehus, Radiumhospitalet og Sophies Minde etc. Vi har alt vært inne på at det også faglig kunne være åpenbare mangler – som når samme sjeldne sykdom ble gjennomgått flere ganger, mens mer folkelige plager knapt ble nevnt.

Det kunne også være i og for seg god og objektivt relevant undervisning som kom i knipe fordi den ikke gikk inn i det som studentene selv mente de trengte å lære. F. eks. dersom selvbildet primært var å «være doktor», kunne teoretiske fag få problemer. Trenger jeg genetikk for å være skadekirurg? Enn si statistikk? Utplassering, eventuelt ekstrajobb på Legevakten kunne reise tvil om dette hos ivrige sjeler.

For lærere i studiets siste del er det en erfaring at det kan være vanskelig å finne klangbunn for undervisning om teoretisk stoff når studentene kommer tilbake fra utplassering i praksis i det som før 1996 het 15. termin, senere 10. semester.

På den annen side, for studenter som var blitt fascinert av alt det spennende som foregikk på laboratoriene, kunne praktisk tjeneste føles som spill av tid. Så det var ulikheter.

Også universitetslærerne kunne ha respektable grunner for å ville endre studieopplegget, blant annet på grunn av fagutviklingen innenfor de 28 medisinske fagene som fantes ved Det medisinske fakultet i Oslo<sup>474</sup>. Samfunnet utenfor kunne ha forventninger, f. eks. etter at rollen allmennpraktiker var blitt styrket i helsetjenesten fra 1968 og framover.

Men under studieplandebattene må man ikke glemme at det altså også kunne ligge et dulgt ønske fra studentene om å få slippe gjennom enklest mulig, med tid til å ha ekstrajobb og til å leve det gode liv også i studieårene.

---

<sup>473</sup> Studieplanrevisjonene i nyere tid er omfattende drøftet i Larsen Ø. *op. cit.* (2002) og det vises til dette.

<sup>474</sup> Hvorfor akkurat 28? Jo, fordi dekanus Jon Dale (1934–1998) en februar dag i 1997 bestemte at det skulle være slik. Liste over fagene er gjengitt annetsteds her i boka. Det er pr. 2014 riktignok blitt 30 fag. Inndeling i fag er egentlig en stor sak som fordrer grundige overveielser. Både fagprofilering og hva som er viktig og uviktig influeres.



*Figur 111: Akershus universitetssykehus. (Foto: Øivind Larsen 2008)*



*Figur 112: Aker sykehus ca. 1989. (Foto: Aker sykehus)*

### *Samspeilet mellom forskning og undervisning*

Da vår første medisinsprofessor Michael Skjelderup (1769–1852) underviste anatomi, var det liten avstand mellom hans forskningsarbeid ved disseksjonsbordet og det han underviste sine studenter. For ham selv var målsettingen å bli «bedre kjent i kroppen». Det var også dette han underviste sine studenter med stor grundighet. En 1800-talls lege *måtte* simpelthen være «kjent i kroppen» både for å stille riktig diagnose og for å kunne gripe i doktorvesken etter sin kirurgiske kniv for å gjøre et inngrep, kanskje i pasientens hjem, med vellykket resultat. 1800-tallets medisinske profesorer arbeidet også som leger. Universitetslæreren var forbilde. Læreren kunnskaper og ferdigheter smittet over på studentene.

Forbindelsen mellom fag og forskning er imidlertid blitt endret av fagutviklingen. Svært mye av den medisinske forskningen er blitt så spesialisert at det er ganske langt mellom det studentene skal lære og det læreren driver med på laboratoriet eller ved dataskjermen. Her oppstår det et tankekors: I mange forskningsfelt trengs annen kompetanse enn medisinsk, f. eks. realfag, for å kunne operere på fagets forskningsmessige *cutting edge*. Mange av de forskere, ph.d.-studenter og andre som vi finner rundt om i fakultetsmiljøene, har derfor ved 200-årsjubileet en annen bakgrunn enn å være leger. Mange er realister, men vi har også odontologer, sosiologer, sosialantropologer, psykologer, historikere, sykepleiere, fysioterapeuter og andre. Da kan det oppstå et problem når de skal være undervisere for medisinerere. Undervisning kan være greit nok, fordi formidling av den beste tilgjengelige kunnskap er målet. Men ikke-medisinerere får ofte vanskeligheter med å korrelere sitt fags kunnskaper og ferdigheter til legers tenkemåter og praksis, og de kan ikke fungere som rollebilder.<sup>475</sup>

Dessuten blir det en ledelsesmessig utfordring å se til at det blir en *medisinsk fellesnevner*, at det ikke blir f. eks. biokjemi på biokjemiens premisser, antropologi innenfor dette fagets rammer osv., bare med den forskjell at det på organisasjonskartet står at vedkommende hører hjemme ved Det medisinske fakultet, ikke der forskerens sjel egentlig befinner seg. Fordi fagene har utviklet seg slik at forskningens frontlinjer for de fleste vedkommende ligger langt fra undervisningsbehovene, er idealet om *forskningsbasert undervisning* paradoksalt nok blitt svekket. Det er blitt for stor avstand mellom forskningstemaer og undervisningstemaer i mange fag, uten at det dermed er noen «feil» med noen av delene. Mange lærere, også medisinerere,

<sup>475</sup> I det opprinnelige opplegget for PBL-undervisning skulle ikke veilederen behøve å ha fagkompetanse vedrørende faget eller oppgaven i det hele tatt, da veiledningen bare skulle bestå i å styre gruppeprosessen. Det skulle i prinsippet hvem som helst kunne gjøre etter en innføring i nettopp dette. Erfaringene siden 1996 tilsier imidlertid at det er en vesentlig fordel for undervisningsresultatet om veilederen behersker stoffet.





*Figur 113: Før studiehverdagen ble digital, fikk studentene for hvert semester i «Oslo-96» utlevert en semesterbok som ikke levnet tvil om hva man skulle gjøre på omtrent ethvert klokkeslett hele semesteret! (Foto: Øivind Larsen)*



må derfor undervise om emner som ikke er deres «egne». Alle gjorde alt da fakultetet startet opp for to hundre år siden. Litt spissformulert: Slik er det egentlig blitt igjen.

På den annen side er kravet om at det som undervises skal være *etterprøvbar kunnskap* blitt internalisert, tross ytre, ofte politiske og kulturelle påvirkninger om at «det er mye mellom himmel og jord...» Alternativ medisin var i noen år rundt 1990 forskningstema i det allmennmedisinske miljøet, men det passet ikke inn med gjengse krav til medisinsk forskning og det hele løp ut i sanden. Noen undervisningstimer for studentene har vært nærmest av informativ art for å gi en oversikt over dette store feltet som brede lag av befolkningen har tiltro til og bruker store summer på. Fakultetets oppgave har vært å konsentrere seg om den etterprøvbare kunnskap.

I «gamle dager» var det slik at når et fag hadde fått sin «lærestol», ble denne besatt igjen når innehaveren gikk av med pensjon eller gikk ut av systemet på annen måte. Slik er det ikke mer. Den endrede situasjonen har ført til at hvis (bemerkt: *hvis*) stillingen blir utlyst på ny, er det ikke sikkert det blir i det samme fagområdet. Det samlede behovet bestemmer. Fagens tradisjonelle «kongerekker» er ikke der mer. Over tid kan dette føre til at enkelte fagområder simpelthen forsvinner, uten at det egentlig var tenkt slik. Akiurgi (kirurgisk operasjonslære) forsvant allerede på 1800-tallet. Det tradisjonelle hygienefaget sovnet langsomt inn hundre år senere. Vel endres behovene for fagene, men *fagene endrer også behovene* – hvis fagene er der.

Når forskningsfronter og undervisningsbehov skiller lag, må det inngås kompromisser når stillinger skal besettes. Ofte er den engasjerte forsker også en engasjert underviser, men ikke alltid. Professorater besettes som regel etter hard konkurranse, der det er forskningen som veier tyngst. Fakultetets og forskningsgruppens behov for å hevde seg i forskningens eliteklasse samsvarer ikke alltid med medisinerstudentenes behov for yrkesrettet opplæring, gitt av lærere som har *det å være en god lærer* som et av sine hovedmål. I en periode fra slutten av 1960-årene eksisterte det i så måte *universitetslektorer*, spesielt i kliniske fag. Dette var rene undervisningsstillinger, men de passet dårlig inn i strukturene ellers.

### *Ny vri på undervisningen*

Fra 1970-årene og framover har undervisningen gradvis – og i første del av perioden umerkelig – endret seg i mange fag. «Best tilgjengelige kunnskap» er blitt et slagord for det som skal til for å ta de beste og riktigste beslutninger, små og store, hvilket studentenes framtidige legeyrke er fylt opp av.



*Figur 114: Helse- og omsorgsminister Jonas Gahr Støre (f.1960) foreleser samfunnsmedisin for medisinerstudentene i 10. semester 5/2–2013. (Foto: Øivind Larsen)*



*Figur 115: Typisk PBL-gruppe i studieplanen «Oslo-96», 1. semester, der det er felles undevisning med odontologistudenter, her merket (m) og (o). Fra venstre: Barbara Clare Dalton (m), Joachim August H. Weltzien (m), Ata-Ur-Rehman Zahid (o), Hans Alexander Herberg (m), Inger Bryhni Saxegård (m), Nora Yousef (o) og Jon Torstein Hage Svendsen (o). (Foto: Øivind Larsen 2013)*



*Figur 116: Trivelig mylder av medisinere i kantina i Domus medica en januar dag i 2014. (Foto: Øivind Larsen)*

Det må *læres* hvordan man finner «best tilgjengelig kunnskap» og hvordan man kan vite at kunnskapen er nettopp det.

1800-talls-legen måtte i stor grad ha sin tids best tilgjengelige kunnskap i hodet, eventuelt tilgjengelig i bøker han hadde på kontoret. Selv om bibliotekjeneste m.v. ble stadig bedre, var det egentlig slik helt opp til internett-tjenester begynte å bli tilgjengelige fra midten av 1990-årene.<sup>476</sup> Å ha tilstrekkelig kunnskap i hodet eller på kontoret er simpelthen ikke mulig lenger, på grunn av det økende omfanget av den tilgjengelige kunnskapsmengden og på grunn av de kravene til kvalitet i arbeidet som det er rimelig å stille. 2000-talls-legen må også sitte inne med betydelige kunnskaper, men to viktige deler av denne kunnskapen er altså for det første å *vite hvor du kan finne oppdatert kunnskap* i en fei, og for det andre å *vite hvordan man skal vurdere gehalten* i det man finner. Dette er etter hvert kommet inn i undervisningen fra første studiedag.<sup>477</sup>

For lærerne ble det en visuell påminnelse om denne endringen i undervisningsmål og undervisningssituasjon den dagen den første studenten hadde med seg en bærbar datamaskin med internettforbindelse. Senere kom i tillegg tasting på smart-telefoner med PubMed-tilgang på forelesninger, kurs og gruppearbeid. Mang en underviser vil ha kunnet lese i studentenes ansikter i løpet av timen at «Vi hører nok hva du sier, men nå sjekker vi det på internett!» For lærerne bør dette oppleves som en utfordring – og det er neppe tvil om at denne utfordringen hever kvaliteten!

Denne utviklingen har skjedd raskt. Da f. eks. PBL-undervisningen begynte i 1996, var opplegget at studentene fikk forelagt et problem, ofte i form av en kasuistikk, på ukas første samling. Så gjennomgikk de problemet, lånte inn litteratur på biblioteket, leste i lærebøkene og diskuterte med hverandre før de møttes igjen på ukas siste samling og redegjorde for problemløsningen. I 2014 kan studenter og veileder gå direkte inn på nettet ved første samling og skaffe seg eksakte kunnskaper der og da mens motivasjonen er på topp, kvalitetsvurdere kunnskapene – og dermed ha langt bedre grunnlag enn før for presentasjonen på siste samling. Teknikken har gjort utbyttet langt større, hvis man bruker den riktig.

<sup>476</sup> Les f. eks. om overlege Sverre Sørsdals faglige fortvilelse over at han mistet alle sine bøker og notater da sykehuset i Vardø ble bombet natten til 1. mars 1942. Se: Larsen Ø, Sørsdal R. (red.) Tysk okkupasjon og russiske fly – overlege Sverre Sørsdals brev fra Vardø 1942 og 1945. *Michael* 2014; 11: 61-97, side 70.

<sup>477</sup> Se f. eks. en lærebok som alle bruker nå på begynnelsen av 2000-tallet og som kom ut første gang i 2000: Bjørndal A. *Tenke- og arbeidsmåter i medisinen: en innføring i den medisinske logikk*. 3. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2007, og Bjørndal A, Flottorp S, Klovning A. *Kunnskapshåndtering i medisin og helsefag*. 3. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2013, først utgitt i 2000 med tittelen *Medisinsk kunnskapshåndtering*.





*Figur 117: Kurs i histologi med professor Mahmood Reza Amiri Moghadam, Domus medica. (Foto: Øystein H. Horgmo 2013)*

Før ca. 1970 var legearbeid, spesielt det som foregikk utenfor sykehus, i mye større grad individuelt arbeid enn det er blitt senere.<sup>478</sup> Nå er et behandlingsresultat for en enkeltpasient, eventuelt et samfunnsmedisinsk tiltak, som regel framkommet gjennom teamarbeid. Denne arbeidsformen må også læres.<sup>479</sup>

I studieplanen «Oslo -96» har det vært slik at i første studieår er studentene først fordelt i PBL-grupper for å arbeide med en serie oppgaver. Så blir de fordelt på ny for en ny serie oppgaver. De spør da ofte: Hvorfor må vi skifte grupper, nå som vi er blitt så godt kjent med hverandre? Begrunnelsen er simpelthen pedagogisk, de skal ikke bare lære å *arbeide i grupper*, men også å *gå inn i og ut av grupper*, alt etter hva formålet er med å etablere en gruppe.

### *Kunnskap, kvalitet og ledelse som nytt fag*

Den etter hvert endrede posisjonen for legeprofesjonen i helsevesenet og samfunnet har nødvendiggjort en ny og mer systematisk undervisningsmessig tilnærming. Dette har blant annet skjedd i form av et nytt fag, som ble innført i 2011 etter å ha vært prøvd ut ved fakultetet i 1996–2009.<sup>480</sup> Faget betegnes med det talende akronym KLoK-faget, som står for *kunnskaps-håndtering, ledelse og kvalitetsforbedring*. Fordi legearbeid i så stor grad skjer som en gruppeaktivitet innenfor et system der det er både annen kompetanse og kan være andre verdigrunnlag, blir det viktig å ha innsikt i selve systemet for å kunne bidra til kontroll og forbedring også på dette nivået. Økende oppmerksomhet fra 1990-årene om feilbehandling og uheldige følger av sviktende kvalitet i helsearbeid bidro til at fakultetet, helsemyndighetene og relevante miljøer innså at det her var oppstått et nytt undervisningsbehov.

KLoK-faget skal føre fram til en *generell kompetanse* i å kombinere forskningsbasert kunnskap, klinisk ekspertise og pasientpreferanser i møte med enkeltpasienter. Det skal gi grunnlag for å reflektere over ulike lederstiler og egne styrker og svakheter som leder og deltaker i grupper og team. Man skal erverve kompetanse i å forklare hvordan utilsiktede hendelser og feil kan oppfattes av lege, pasient og pårørende. Man skal lære hvordan sam-

478 En av de første gruppepraksisene i allmennmedisin i Norge ble opprettet i Hokksund i Øvre Eiker i 1968. Siden er gruppepraksiser blitt det vanlige.

479 At det her er et læringsbehov, kan blant annet sees når ferske medisinerstudenter skal begynne med PBL-undervisning. Ofte består gruppen av 7-8 dynamiske, ivrige studenter som alle har vært f. eks. elevrådsledere etc. og som alle er vant til å ta styringen. Det som da kan skje i PBL-gruppen, kan være interessant gruppedynamikk å observere for veilederen!

480 Se: Frich JC, Gran SF, Vandvik PO, Gulbrandsen P, Hjortdahl P. Kunnskap, ledelse og kvalitet i studiet. *Tidsskr Nor Lægefören* 2012; 132: 1768-70.



funnet og mediene håndterer slike hendelser, og likeledes hvordan et kvalitetsforbedringsprosjekt kan gjennomføres.

De *kunnskapene* som faget formidler for å gi denne kompetansen, går på å vite hvilke typer studier som er egnet til å besvare ulike spørsmål, lære hva lederes funksjoner er rundt om i helsevesenet, f. eks. i forbindelse med kvalitetsforbedring og organisasjonsendringer. Det undervises også om hva som gjør at grupper og team fungerer godt, eventuelt dårlig.

Og hva innebærer egentlig *kvalitet* og *sikkerhet*, og hva er indikatorer for dette? Rapportering av «avvik» er blitt en metode både for styring og kvalitetsforbedring. Det må læres, likeledes hvordan bruker- og pasienterfaringer kan kartlegges.

Faget formidler også kunnskaper om prinsippene for finansiering og økonomiske prioriteringer i helsetjenesten, et felt der det er nødvendig med faktakunnskaper for å kunne løse problemer, møte enkeltpersoner og å kunne delta i det offentlige ordskifte om slike temaer der den tidligere omtalte triaden *kunnskaper-verdier-meninger* slår inn og blir avgjørende for hva som skjer.

KLoK-faget skal føre til praktiske *ferdigheter* i tråd med dette, såsom å formulere faglige spørsmål og finne forskningsbaserte svar på dem, tolke det som finnes av informasjon på en kvalifisert måte, analysere årsaker til kvalitetssvikt i arbeidet og anvende metoder for kvalitetsforbedring. Dessuten skal medisinerstudentene lære de ferdighetene som trengs for å ta lederskap i et tverrfaglig team i en akuttmedisinsk behandlingssituasjon.

I undervisningen er det lagt inn en rekke praktiske øvelser. Studentene skal blant annet utarbeide en prosjektoppgave. Det blir da naturlig nok etter hvert stor bredde over de problemene som tas opp. Ofte er det viktige temaer som her gjennomtenkes av unge, friske hjerner, slik at noen av de resultatene som er kommet fram, kan omsettes i praksis i kliniske miljøer og derved få varig verdi.

### *Norge eller verden?*

Vi har allerede beskrevet hvordan praksisutplassering ble lagt inn som en kjerneaktivitet i den allmennmedisinske undervisningen allerede fra 1982. Et stort antall allmennpraktikere rundt om i Østlandsområdet var blitt engasjert som universitetslektorer for Det medisinske fakultet ved Universitetet i Oslo. Disse har siden, vanligvis med stor entusiasme, tatt imot like entusiastiske studenter som nå skulle få prøve seg som ordentlige doktere under veiledning i fire uker av studiets 15. termin.<sup>481</sup> I denne terminen var

<sup>481</sup> Det var fram til 1996 tre terminer i året, senere to semestre.



*Figur 118 og 119: I allmenmedisinsk/ samfunnsmedisinsk termin på 1990-tallet var det anledning for enkelte interesserte studenter til å bli utplassert i utlandet istedenfor i Norge. De fleste valgte å dra til utviklingsland der instituttet hadde kontakter og samarbeidsprosjekter. Det var også utplassering til Gundersen Clinic i La Crosse, Wisconsin, USA og til Riga i Latvia. Disse gruppene skulle så ta for seg samme helseproblem, se hvordan det ble håndtert i USA og i Latvia og sammenlikne med Norge i en prosjektoppgave. Det var atskillig å lære av det. Bildet øverst viser Gundersen Clinic, slik anlegget så ut i 1996. På bildet fra Latvia, også fra 1996, sees fra venstre dr. Guntis Kilkuts (Riga), stud. med. Mette Kalager og kontorsjef ved Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin i Oslo, Morten Kvisvik, på en ekskursjon til småbyen Madliena for å se på lokalsykehus, eldreomsorg m.v. (Begge foto: Øivind Larsen)*

det også ca. 60 timer forelesninger, seminarer og veiledning i allmennmedisin, så sosialiseringen inn i allmennpraktikerrollen var ganske massiv.

De fleste studentene skulle for alvor ut i noe annet enn den vanlige studietralten. De skulle bo på hybel eller pensjonat på fakultetets regning, og de fikk sine reiseutgifter dekket når de kom hjem. Ble – og blir – de litt bortskjemte?<sup>482</sup> Det var ikke underlig hvis noen studenter følte det som en nedtur å komme tilbake igjen etterpå til traurige forelesninger og eksamensforberedelser, noe foreleserne tydelig merket.

At utplasseringsordningen kostet mye penger, faktisk mer og mer for hvert år, sier seg selv, spesielt fordi det var et stort antall studenter det dreide seg om, 80-90 to ganger i året. Dette ga også en komplisert logistikk å styre med for administrasjonen. Enda dyrere og vanskeligere ble det med «Oslo-96», da studentene skulle utplasseres i seks uker i allmennpraksis og seks uker på et tilhørende lokalsykehus. Men på den pedagogiske siden var det mye god, norsk medisinsk hverdag å bli kjent med i trygge former.

Men måtte den medisinske hverdagen nødvendigvis være *norsk*? Særlig samfunnsmedisinere som var opptatt av globale spørsmål, mente at det kunne være nyttig å sette seg inn i hvordan helse og helsearbeid var andre steder og reflektere over det. Flere av lærerne hadde forskningsprosjekter gående i utlandet og hadde kontakter som kunne ordne utplassering på spennende steder som i Sør-Afrika, Gambia, Palestina, Latvia og USA. Tilbud om utenlandsutplassering istedenfor utplassering i en allmennpraksis på norsk Østland ble gitt fra 1991. Dette ble meget positivt mottatt av studentene, som sa at norsk helsevesen skulle de befinne seg i resten av livet, så dette måtte være en gyllen anledning til å se noe annet.<sup>483</sup> Her oppsto det imidlertid vanskeligheter – motstanden mot ordningen fra de allmennmedisinske lærerne var massiv og seig. Det var *norsk* medisin studentene skulle lære, mente de. Likevel var det hvert år noen som reiste ut og de fleste kom meget fornøyde tilbake.

Da ordningen ble forsøkt nedlagt av økonomiske grunner, selv om det ikke nødvendigvis var så mye dyrere å være i utlandet i forhold til hjemme, sa studentene seg villige til å betale en del av utgiftene av egen lomme, og slik forble det, inntil denne ordningen for utenlandsopphold opphørte da

---

482 Det er fint at studentene på denne måten får kompensert sine utgifter ved at en del av studiet foregår ute i felten. Sett utenfra kan man imidlertid spørre om ikke denne kompensasjonen burde vært foretatt på annen måte. Reiseregningsskriving osv. kan gi studentene feil signaler om egen rolle.

483 Oslostudentenes store motivasjon var en viktig årsak til suksessen. Da noen studenter fra Trondheim var utplassert i Riga sammen med studentene fra Oslo, var disse til vår store overraskelse misfornøyde. De mente at de var sendt dit fordi det ikke var utplasseringsplasser for dem i Norge.

«Oslo -96» ble innført. Utenlandsopphold måtte heretter ordnes på annet vis.

Prosjektoppgavene som skulle skrives under utplasseringen som en del av studiet, ble ofte meget gode når de handlet om forhold i utlandet, sammenliknet med Norge ut fra personlige observasjoner og opplevelser.<sup>484</sup>

I første del av 2000-tallet forandret holdningen seg litt etter litt, slik at internasjonalisering etter hvert ble *the word of the day*. Et av problemene med studentutveksling med utlandet har vært at norske studenter kan snakke og lese engelsk, mens det er sjelden at utenlandske studenter har tilsvarende kunnskaper i norsk. Det var derfor vanskelig å arrangere meningsfylte gjensisitter. Også av denne grunn undervises det på engelsk for norske medisinerkull på engelsk i 9. semester i «Oslo -96», slik at utenlandske studenter kan komme hit og følge undervisningen i dette semesteret med utbytte. Det er en annen fordel med dette – de norske studentene her hjemme blir mer vant til å bruke engelsk fagspråk.

### *Medisin som internasjonalt lim*

Det er ingen tvil om at medisin og helse, i egenskap av at dette er noe som er felles for alle mennesker, uansett hvor de bor, kan være temaer som danner inngangsport til kontakt og integrering. På 1990-tallet ble dette tydeligere enn før, ikke minst fordi slike kontakter var politisk ønskelige. Kontakter og samarbeid ble oppmuntret og også finansiert f. eks. gjennom ulike større og mindre programmer innenfor EU-systemet.

Bolognaprosessen<sup>485</sup> for internasjonal samordning av universitetsutdanning oppmuntret og la til rette til studentutveksling. EU-søknader, dvs. søknader om forskningsmidler fra land tilknyttet EU og EØS, for store, tverrfaglig og ikke minst internasjonalt sammensatte prosjekter, ble en del av de fleste forskeres hverdag. Dette er en faglig, men sett på et overordnet plan, like mye en politisk prosess.<sup>486</sup>

---

484 I perioden 1995–2001 var 12 grupper med i alt 48 studenter utplassert i Riga, Latvia. Ni av disse gruppene var koordinert med 18 studenter som 1997–2001 var to og to i La Crosse, Wisconsin, USA. De til sammen seks studentene i hver koordinerte gruppe fikk i oppgave å studere hvordan spesielle helseforhold, f. eks. tuberkulose, hypertensjon osv. ble håndtert av helsevesenet i de to høyst ulike samfunnene, og så skulle de sammenlikne det med norske forhold. Prosjektrapportene ble stort sett meget gode og lærerike. Se Larsen Ø., Kilkuts G. Health in Latvia 1991–2004 – Years of conflicting values. *Michael* 2005; 2: Supplement 1.

485 Se f. eks. Nyborg P. Bolognaprosessen og den norske kvalitetsreformen. *Michael* 2013; 10: 345-9 og Nyborg P. Den sosiale dimensjonen i høyere utdanning. *Michael* 2013; 10: Supplement 14.

486 Under en pause i et møte i Brüssel sa en EU-byråkrat til denne forfatter *off the record*, som svar på min påpeking av alt arbeidet som ble nedlagt også i de søknadene som ikke fikk tilslag, at dette var en del av *the European idea* – hadde folk fra ulike land samarbeidet hardt i en søknadsprosess, var kontakter blitt etablert, og da var mye av hensikten oppnådd, selv om bevilgningen uteble.

Mange internasjonale samarbeidsprosjekter er blitt satt i gang ved fakultetet, men det var ikke alltid like lett å få dette til. Det var og er mange skjær i sjøen, også ukjente og uventede. La oss her bare belyse dette ved et eksempel:

Da Sovjetunionen ble oppløst og jernteppet falt, ble behovet for internasjonalisering enda mer åpenbart. Nye land ble lettere tilgjengelige for samarbeid. Innen medisinen var det mye som hadde utviklet seg forskjellig i øst og vest. Universitetet i Oslo engasjerte seg formelt i dette på forskjellig vis. Et eksempel på en slik satsing innen medisin, var opprettelsen av det såkalte Moskva-senteret, *University of Oslo, Centre for Medical Studies, Moscow*.<sup>487</sup>

Etter «glasnost» og «perestrojka» brøt Sovjet-imperiet sammen i desember 1991. Det åpnet for et kaotisk tiår der vesentlige samfunnsfunksjoner brøt sammen, økonomi og trygghet stupte – og opportunisten florerer. Et stort samfunn endret seg. Russland har en befolkning på ca. 142 millioner, er rikt på naturressurser og strekker seg over 11 tidssoner, dvs. nesten rundt hele kloden. I tillegg er russerne gode på realfag og har en romfartsindustri på høyde med USA. Men hva med medisinen?

I Norge hadde man lite kontakt med det store nabolandets helsevesen og medisinske forskning. Nettverk og samarbeid mellom de to landene hadde vært begrenset og sporadisk. Med et punktert helsevesen, økende barnedødelighet, dramatisk synkende gjennomsnittlig levealder og utbrudd av difteri og multiresistent tuberkulose, var Russland ikke bare en mulighetenes arena for medisinsk forskningssamarbeid. Russland kunne gi Norge nye helseutfordringer gjennom geografisk naboskap.

Også ved Universitetet i Oslo var man nysgjerrig på struktur og kultur. Vi trengte å vite mer om landet og helsevesenet, og å etablere fagnettverk, men med store språk- og kulturbarrierer trenger man dedikerte samarbeidsinstitusjoner. På denne bakgrunn foreslo professor Frode Lærum (f. 1947) i 1990 overfor fakultetet at man skulle etablere et eget samarbeidsinstitutt i Russland. Forslaget vant gehør. Det ble nedsatt en komité bestående av professorene Sjur Olsnes (f. 1939), Torstein Hovig (f. 1928) og Lars E. Hanssen (f. 1949) og med Lærum som leder.

I januar 1993 undertegnet den nyvalgte rektor Lucy Smith (1934–2013) en samarbeidsavtale med Det store russiske vitenskapsakademi i Moskva. Akademiet var en gigantinstitusjon som hadde 130 000 ansatte, hvorav halvparten var forskere, fordelt på 350 institutter. Samme år ble det signert samarbeidsavtale med Russlands største og eldste medisinske universitet,

---

<sup>487</sup> Takk til professor Frode Lærum for informasjon m.v. om Moskva-senteret.





*Figur 120: Avtalen om Moskvasenteret er i orden! Bildet er tatt i Moskva i 1993 rett etter underskrivingen av samarbeidsavtalen mellom Det store russiske Vitenskapsakademi (Russian Academy of Sciences – RAS) og Universitetet i Oslo. Fra venstre sees rektor ved Universitetet i Oslo Lucy Smith (1934–2013), videre initiativtakeren til Moskvasenteret, professor Frode Lærum (f. 1947) fra Det medisinske fakultet i Oslo, Norges ambassadør til Russland, Dagfinn Stenseth (f. 1936), visepresident i RAS Rem Petrov og president i RAS Yury Osipov.*



Det 1. medisinske akademi (I. M. Setchenov Moscow Medical Academy) i Moskva. Styret som ble etablert for det nye samarbeidssenteret fikk også med seg forskningsdirektør Tom Løland ved Universitetet i Oslo og prominente Russlands-kjennere som NRK-anker Hans Wilhelm Steinfeld (f. 1951) og senere i perioden redaktør Per Egil Hegge (f.1940). Etter hvert kom cand. philol. Julia Ferkis (f. 1963) inn som sekretær og mangeårig administrativ leder.

Senteret fikk en etablert stab ved Rikshospitalet i Oslo og ved Det store Vitenskapsakademi i Moskva. Formålet var informasjonsutveksling og forskningssamarbeid – men også å bidra til å hindre hjerneflukt av forskere fra Russland, hvilket var blitt et stort problem i løpet av kort tid. Man ønsket fra norsk side å bidra til at flere russiske forskere kunne fortsette sitt arbeid i sitt land, fremfor å bli stjålet som arvesølv fra der de trengtes mest.

Et stipendprogram ble opprettet med utvalgte grunnforskninginstitutter, ledet av Sjur Olsnes som både snakket russisk og hadde vært forsker i Moskva på 1960-tallet. Samfinansiering med Vitenskapsakademiet ga etter hvert opptil 25 stipendiater arbeid ved Institutt for genbiologi og Institutt for molekylærbiologi i Moskva, kontrollert og dels veiledet av Olsnes og Senterets seniorforsker, professor Yuri Kozlov. Fram til 2012 ble det sikret bortimot 250 forskerårsverk i Moskva – og nesten like mange publikasjoner, til og med i høyprestisjetidsskrifter som *Cell* og *Nature*.

Informasjonsutvekslingen var som regel styrelederens, dvs. Lærums ansvar. Det ble gjennom årene organisert over femti symposier. Moskva ble i det tradisjonelt sentralistiske Russland benyttet som «hub» også for å nå ut i regionene, som Saratov, St Petersburg og Petrozavodsk.

Temaene man tok opp, spente fra diabetologi, laparoskopisk kirurgi og intervensjonsradiologi til samfunnsmedisin og medisinsk etikk. Ved symposiene hadde man omtrent like mange foredragsholdere fra begge land, i tillegg til ledende forskere og klinikere fra Norden, Europa og USA. 8–10 000 russiske leger møtte Universitetet i Oslo og Det medisinske fakultet gjennom denne nettverksskapende virksomheten. Det ble publisert abstract-hefter for hvert symposium, i tillegg til bøker om stråleskade, helse-lovgivning og samfunnsmedisin.

Moskvasenteret fikk mye oppmerksomhet både i media og blant politikere. Organiseringen og aktivitetsnivået, som la vekt på likeverd mellom miljøene framfor bistandsaspektet, vakte gjenklang også utenfor Norges grenser. Etter hvert kom det også i stand studentutveksling. Blant de unge, talentfulle russiske medisinerstudentene disputerte senere 6-8 av dem for den medisinske doktorgrad ved Universitetet i Oslo, som resultat av de kontakter de fikk under sine opphold i Norge. De fleste som hadde kontakt

med senterets aktiviteter, oppfattet satsingen som faglig meget vellykket. Senteret ble støttet økonomisk av Norges Forskningsråd, Utenriksdepartementet og det fikk statlige direktebevilgninger.

I 2002 fikk Moskvasenteret permanent finansiering fra Staten gjennom *økt rammebevilgning* til fakultetet. Men da ble det også mer sårbart for interne økonomiske rokeringer. Dette var farlig. Nysgjerrigheten overfor Russland avtok. Den dedikerte organiseringen ble borte. I 2012 ble Moskva-kontoret også avviklet. Restaktivitetene ble så formelt sett overført til Universitetscenteret i St Petersburg. En nettverksmotor for forskning og medisinsk-faglig kontakt mellom de største medisinske miljøene i Russland og Norge stoppet. Idealismen fra oppstarten var borte, ikke hos dem som var engasjert i senterets arbeid, men ved de andre medisinske miljøene ved Universitetet.

De norske medisinerstudentene på 2000-tallet kan imidlertid glede seg over at for dem er enkelte miljøers xenofobi fra 1980-årene borte. Fakultets nettsider kan nå invitere til utvekslingsavtaler i 7, 8. og 9. semester gjennom etablerte programmer. For Norden har man pr. 2014 Nordplus-programmet, for Europa Erasmus-programmet, foruten at det finnes bilaterale samarbeidsavtaler med universiteter i Australia, Argentina, Sør-Afrika og USA.

#### *Forskerlinje og ph.d.-utdanning – dukseskoler eller effektiv forskerrekuttering?*

Etter drøftinger med Kunnskapsdepartementet om å opprette en formell forskerutdanning for medisinerstudenter ved alle de norske fakultetene for å stimulere til å arbeide med forskning, ble dette fulgt opp av Oslo-fakultetet i 2002 ved å opprette en *forskerlinje*, der opplæring i forskning var integrert i det vanlige profesjonsstudiet for leger. Slik har det fungert siden. Studietiden forlenges for dem som tas opp på forskerlinjen ved at ett år er forutsatt brukt til forskning på full tid. Dertil kommer to år på deltid. Det blir gitt kurs i forskningsmetode og arbeidsteknikk. Når forskningsarbeidet er ferdig, skal det leveres inn til bedømmelse i 11. semester.

Opplegget av forskerlinjen er samordnet med doktorgrads-, dvs. *ph.d.-utdanningen*, som også er blitt et strukturert undervisningstilbud for medisiner ved fakultetet. Både forskerlinje og ph.d.-utdanning er tilpasset den formen moderne medisinsk forskning presenterer seg ved, nemlig ved at enkeltarbeider som belyser en overgripende problemstilling publiseres separat og deretter samles og leveres inn til bedømmelse for ph.d.-graden med en innførende «kappe» som diskuterer resultatene i henhold til hovedproblemstillingen.

Det sier seg da selv at forskerlinjestudentene tidsmessig vil ha en «flying start» på vei mot en ph.d., i forhold til ferdige medisinerer som tar fatt på et doktorgradsprosjekt etter flere år ute i medisinsk arbeid. Kanskje har de allerede som studenter ferdig utgitt en eller flere av de 3-4 publikasjonene de trenger for å sette sammen en ph.d.-avhandling?

Når det gjelder medisinstudiet, har det i all fakultetets tid før forskerlinje og ph.d. kom inn, vært et paradoks: *Legene*, der de fleste i sitt arbeid er blitt nødt til å forholde seg til vitenskapelig litteratur, og hvor en del også har gått inn i forskning selv, har ikke hatt opplæring om forskning som en del av studiet. Derimot har f. eks. *filologer* og *realister*, hvorav et flertall har gått inn i skoleverket som lektorer, uten å komme borti selvstendig forskningsarbeid i sitt yrke, måttet gjennom hovedfag eller ta en mastergrad hvor kravene til innsikt og ferdigheter i forskning og forskningsmetodikk kunne være ganske tøffe!

Det er ca. ti prosent av medisinerstudentene som etter søknad og individuell vurdering gis adgang til forskerlinjen.<sup>488</sup> De som er så heldige at de er kommet inn, blir tatt vel hånd om. Blant annet er det stipendordninger som kompenserer for den forlengede studietiden og den ekstra innsatsen som kan gjøre det vanskelig å spe på økonomien med ekstrajobber. Forskerlinjen har laget egne fora, f. eks. «Frampeik»-konferansene og et «alumnus»-system som styrker gruppesamholdet. Det vi ikke vet noe sikkert om, er hvorvidt profesjonsstudiet i medisin nå legger opp til et sosialt skisma mellom de 90 % som skal bli «vanlige leger» og de «privilegerte» 10 % som også blir leger, men med forskningsbakgrunn, når de går ut av studiet.

Ph.d.-graden, *philosophiae doctor*, er en for Norge ny doktorgrad som er kommet inn som en følge av den såkalte Kvalitetsreformen av 2003. Denne er igjen en følge av den tidligere omtalte Bologna-prosessen som har som formål å harmonisere og å kvalitetssikre universitetenes virksomhet i Europa. Ph.d. er et ledd i et nytt graderingssystem, og den er lagt opp etter amerikansk mønster med et strukturert undervisnings- og veiledningsopplegg. Graden er lagt opp til å være et vitenskapelig svennestykke som markerer begynnelsen på en forskerkarriere.

For medisinske fags vedkommende erstattet ph.d.-graden etter en overgangsperiode den gamle ordningen med den medisinske doktorgrad dr. med., *doctor medicinae*. Ph.d.-graden har lagt seg på et nivå der den sann-

---

<sup>488</sup> Kfr. brev fra Universitetet i Tromsø, Det helsevitenskapelige fakultet (ref. 2012/3730 SMA010/332) av 4.4.2013 til forskningsdekanene ved de fire breddeuniversitetene: *Harmonisering av opptakstill ved Forskerlinjen i medisin slik at 10% av medisinerstudentene ved UiO, UiB, NTNU og UiT får tilbud om plass på Forskerlinjen.*



*Figur 121: Disputas i Universitetets gamle festsal i 1980. Her er vi vitne til en tverrfaglig dobbeltdisputas, der det var to kvinnelige kandidater som endatil kom fra hvert sitt fakultet. Det var tannlegen Berit Heløe (f. 1936) (midt på kateteret) med avhandlingen Demand and Need for Treatment of Myofascial-Pain-Dysfunction (MPD) og psykiateren Astrid Nøklebye Heiberg (f. 1936) (til høyre på bildet) med arbeidet Funksjonelle kjeveplager - en klinisk psykosomatisk undersøkelse, altså samme tema fra to synsvinkler. Opponenten (ved kateteret til venstre) er professor Gunnar E. Carlsson, Odontologisk fakultet, Göteborgs Universitet. Disputasen ble ledet av Universitetets rektor, professor Bjarne A. Waaler (1925–2007) og ble holdt på kvinnesdagen 8. mars. (Foto: Øivind Larsen)*



*Figur 122: Doktordisputaser foregikk tradisjonelt i Universitetets gamle festsal i Domus academica i Karl Johans gate, med den store stil og doktoranden i snippkjole. Slik er vi vant til å se det på bilder fra disputaser. Fra begynnelsen av 1970-årene ble disse faste, ytre rammene myket noe opp. Tiden gjorde snippkjolen utdatert. Men samtidig oppsto et annet og rent praktisk problem: Det ble etter hvert så mange disputaser at Gamle festsals kapasitet ikke var tilstrekkelig til å dekke hele Universitetets behov. Dessuten: Representerte ikke andre auditorier Alma Mater like mye? For det medisinske fakultet var – og er – det dessuten slik at mange universitetsenheter ligger utenfor campus, men likevel er en del av Universitetet. Kan man ikke like gjerne avholde disputasen der? En annen sak som også har forandret de medisinske disputasene: Atskillige doktorander og bedømmelseskomite-medlemmer ved fakultetet har ikke legebakgrunn lenger. Her sees et eksempel på en slik «moderne» disputas der begge de nevnte momentene er kombinert: Datoen var 12. mars 2008 og stedet var Sunnaas sykehus på Nesodden, der Det medisinske fakultet har en av sine enheter. Midt på bildet sees doktoranden, ergoterapeut Marie Berg, som forsvarte sin avhandling om barns funksjonsevne overfor annenopponenten, ergoterapeut Unni Sveen. Øverst til venstre på bildet sees en skjerm med direkte overføring av disputasen til tilhørere ved Universitetet i Tromsø. (Foto: Øivind Larsen)*



synligvis må regnes å ligge lavere enn den gamle graden gjorde, mer tilsvarende en gammeldags magistergrad, eventuelt sammenliknbar med den lisensiatgraden som fakultetet hadde i tillegg til doktorgraden helt fra begynnelsen i 1814.

På den annen side sikrer ph.d.-opplæringen høyst sannsynlig at den alminnelige, generelle *forskningskompetansen* ligger høyere enn før for doktorander sett som gruppe. Det som nå innlæres i den formaliserte undervisningen, ble tidligere ofte opplevd som snublesteiner som stipendiatene selv måtte flytte unna og bruke opp verdifull tid på, uten at man alltid visste hvordan det skulle gjøres.

Det kan også bli en dreining av *innholdet* i avhandlingene sett som helhet. Det kan f. eks. hende at originaliteten gjennomgående er gått ned, ikke bare fordi ph.d.-kandidatene nå som regel arbeider i en gruppe der deres prosjekt går inn i en større ramme, der mye er uttenkt og fastlagt av andre og på forhånd. Dessuten er de så vidt unge at mange neppe kan ha ervervet tilstrekkelig faglig kunnskapsbakgrunn og erfaring til selv å klekke ut briljante idéer. Det kan også hende at deres forskningsmateriale både er innsamlet og blitt tilrettelagt av andre, slik at de selv ikke har hatt innflytelse på utformingen av forutsetningene for sitt prosjekt. De har ikke selv tråkket et forskningsprosjekts vei fra begynnelse til slutt.

De tidligere doktorgradskandidatene som kanskje arbeidet et langt yrkesliv og deretter samlet erfaringer mellom to permer og la avhandlingen fram til bedømmelse, er det ikke så mange av lenger. For dem er det imidlertid fortsatt en mulighet. Den gamle *dr. philos.* er der fortsatt, med et reglement som er omtrent som det gamle. Her kan man levere inn sitt arbeid uten å ha gått på kurs eller å ha hatt veileder ved Universitetet. Arbeidet står for seg selv og det får bære eller briste, bedømmelseskomitéen avgjør. Blir avhandlingen godkjent, må doktoranden holde *to* prøveforelesninger, en over selvvalgt emne og en over oppgitt emne, mens ph.d.-kandidatene slipper med bare én, den oppgitte.

Overgangen til at man istedenfor den gamle doktorgraden nå har fått en ph.d.-grad som gjerne tas kort tid etter cand. med. eksamen, fører naturlig nok til at antallet kandidater øker. Antall avlagte doktorgrader i medisinen ved fakultetet har da også økt formidabelt, også fordi kandidater med bakgrunn fra andre fakulteter, f. eks. cand. scient.'er, søker opptak på Det medisinske fakultets ph.d.-program.

Da regnskapet ble gjort opp ved fakultetets 175-årsjubileum i 1989, var det pr. 30. juni det året avlagt 1078 gammeldagse doktorgrader ved fakultetet siden den første i 1817. Men også her hadde utviklingen allerede begynt å skyte fart. Halvparten av doktorgradene var i 1989 kommet de siste 15



årene, siden nr. 539, regnet fra 1817, ble avlagt i 1974. Hvis vi regner årene rundt 1970 som et tidsskille for utviklingen ved fakultetet, ble året 1970 innledet med disputas nr. 433, der doktoranden var født i 1909 og altså 61 år gammel.<sup>489</sup> Det var en garvet kliniker og hans bok var gitt ut på Universitetsforlaget. Det var fortsatt en annen tid.

Ved tohundreårsjubileet er antall doktorgradsstudenter, dvs. ph.d-studenter ved fakultetet større enn antallet studenter i profesjonsstudiet (se tabell 5). Høsten 2013 var 1277 doktorgradskandidater opptatt på ph.d.-programmet med en reell plan for gjennomføring.<sup>490</sup> Antall studenter på grunnstudiet var 1260, hvorav i prinsippet ca. 10% skulle befinne seg på forskerlinjen, men antall aktive forskerlinjestudenter var likevel «bare» 84.<sup>491</sup> Hva betyr dette? Det betyr at fakultetet, som skole betraktet, har forandret karakter ganske ettertrykkelig. Utdanning av medisinerer er langt fra bare å utdanne leger! Det utdannes egentlig flere sorter leger!

Det er også opprettet egne såkalte forskerskoler innen enkelte fag. Ved Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo har vi allerede nevnt at det er en forskerskole for allmennmedisin. Det finnes også en for kardiologi og det er samarbeid med de øvrige fakultetene for andre temaer.

### *Undervisning i nye fagområder*

At medisiner- og odontologistudenter har studiefelleskap i *Domus medica* til og med siste del av fjerde semester, må ansees som en praktisk ordning, ikke som noen oppsplitting eller diversifisering av Det medisinske fakultets oppgaver.

Det var egentlig heller ikke det som nå er et såkalt erfaringsbasert masterprogram i helseadministrasjon, men det var likevel noe nytt. Dette startet ved at statsviteren Ole Trond Berg (f. 1944) i 1970- og i midten av 1980-årene både ga ut publikasjoner<sup>492</sup> om og holdt kurs og foredrag om helseadministrasjon som ble mektig populære i medisinske kretser. I 1986 ble han så den første leder for det nyopprettede Senter for helseadministrasjon og professor fra 1987. Fra 1993 kom professor Grete Botten (f. 1943) til, i en stilling som var flyttet over fra Institutt for forebyggende medisin.

489 Mathisen WE. *Clinical and experimental studies on ureterocolic anastomosis*. Oslo: Universitetsforlaget, 1969.

490 Noen av disse er langt «på overtid» og status med henblikk på fullføring er uklar. I alt 1360 var registrert, men for å få et riktig bilde av virkeligheten bør disse filtreres vekk. (Mail fra Det medisinske fakultet v/ Frode Fagerbakk 17.1.2014.)

491 Det er her et administrativt problem med dobbeltregistrering som gjør opptellingen litt komplisert, kfr. mail fra Det medisinske fakultet v/ Frode Fagerbakk 17.1.2014.

492 F. eks.: Berg O. *Medicine and politics: a study of attitude among medical students*. Oslo: University of Oslo, Department of Political Science, 1976, og: Berg O. *Medisinsens logikk: studier i medisinsens sosiologi og politikk*. Oslo: Universitetsforlaget, 1987.

Etter hvert vokste senteret til en stor enhet som tilbød et masteropplegg som var spesielt rettet mot erfarne overleger og andre som enten hadde, eller var på vei inn i lederposisjoner. Dette området var viktig i en tid da det ikke lenger var selvsagt at det var leger som skulle være ledere i helsevesenet – ofte snarere tvert imot. Andre helseprofesjoner ville også opp og fram. Men etter hvert tilbyr det som i jubileumsåret 2014 heter Avdeling for helseledelse og helseøkonomi under Institutt for helse og samfunn også studieprogrammer fra fagområdet som er rettet mot andre målgrupper. Det er et flerfaglig miljø der man f. eks. har et bachelorprogram i helseledelse og helseøkonomi for unge studenter som ser for seg jobber i administrasjonen i helsevesenet. Det er også flere masterprogrammer.

Ved fakultetet er det pr. 2014 et femårig masterprogram i klinisk ernæring. Det er masterprogram i sykepleievitenskap, det er erfaringsbaserte masterprogrammer i avansert geriatrisk sykepleie og i psykososialt arbeid. Det er et masterprogram i helsefagvitenskap. Av internasjonalt rettede masterprogrammer må nevnes European Master in Health Economics.

Det meget populære masterkurset i International Community Health fra 1998 trekker alltid er et meget stort antall søkere fra hele verden, mens det bare er plass for litt over 20 hvert år. Især for mange av kandidatene fra utviklingsland har en mastergrad, eventuelt påbygd en ph.d. fra Oslo, vist seg å kunne være nøkkelen til en lysende karriere i høye stillinger i hjemlandet.

### *Forskning i nytt farvann*

Noen av dem som arbeidet med forskning ved fakultetet i f. eks. 1950- og 1960-årene, er fortsatt i aktivitet ved jubileumsåret 2014 og kan reflektere over de forandringene som har skjedd. De kan ta fram sine egne og kollegenes doktoravhandlinger fra den gang, ofte monografier, pent trykket som egne bøker, utgitt på Universitetsforlaget, eventuelt med metaforen Scandinavian University Press på omslag og tittelblad. Mye av dette var de ensomme ulvers nedlagte bytte. Klinisk forskning ved sykehusavdelinger der forskning ble ansett som hår i maten, kunne være en prøvelse som fordret stamina. Blodslit og nattarbeid gjennom år med skrantende ekte-skap og forsømte barn førte til en avhandling som ble framlagt og forsvart i snippkjøle og senere sjelden lest av noen.

Hvis den som ser tilbake med erfaringsbakgrunn fra den gamle tid er en pensjonert medarbeider ved fakultetet, har vedkommende kanskje beholdt et *emeritus*-kontor, der han<sup>493</sup> kan kikke bort gjennom korridoren og

<sup>493</sup> Det er oftest en *han* på grunn av at kjønnsutjevningen av mange grunner, deriblant demografiske, har et etterslep i forhold til kjønnsfordelingen blant studentene.

se alle de unge stipendiatene, forskerne og teknikerne som svinser omkring. Når matpakker og salater kommer fram og kaffekokeren bobler ved lunsjtid, er gjerne *powerpoint*, *flip-over*, *white-board*, eller en tavle hos de gammeltdage, i flittig bruk mens det gumles og matpapir krasler. Her skisseres *flow-charts* og *models*, ledsaget av akronymer og forkortelser som gjør stammespråket både eksklusivt, ekskluderende og uforståelig for andre. Kanskje snakker de simpelthen engelsk seg imellom også og har engelsk som arbeidsspråk.

Lunsjpausen kan f. eks. bestå i at en ph.d.-student som skal holde prøveforelesning, nå holder prøve-prøveforelesning for veiledere og kolleger, til intern sønderlemmelse i trygge omgivelser før alvorsdagen opprinner. Eller kanskje er det en av de unge forskere som har fått antatt et abstract ved en internasjonal konferanse og nå prøver ut presentasjonen på fagfellene før arbeidet printes ut som en glanset plakat og rulles pent sammen i det der til egnede pilekoggerliknende Futteral som er blitt kjennemerket på nettopp unge forskere på flyplasser verden over.

Dine lunsjvenner jobber i *team*. De representerer en eller flere forskningsgrupper som består av både dem og av utenlandske kontakter. De kan ha forskjellig fagbakgrunn og de arbeider etter en felles plan, et større prosjekt som det kostet måneder, kanskje mer, å formulere før det gikk inn i en omfangsrik godkjenningprosedyre og søknadsprosess og som man altså hadde fått tilslag på.

Betraktet som arbeidsmiljø er slike team som man finner i medisinske, vitenskapelige miljøer ikke helt som team ellers i arbeidslivet. Tidsbegrensede engasjementer gjør gjerne at det er folk inn og ut hele tiden. I de fleste yngres hoder svirrer da tanker om hva de skal gjøre *etterpå*. Stipendiater danner nok både team og miljø, men bare til en viss grad, for egentlig er de konkurrenter.

Kanskje er det et stort, felles materiale de arbeider med. Kanskje er det en kløvereng av informasjon, høstet inn over mange år, som de beiter på. Da oppstår et spørsmål: Hvem *eier* egentlig slike forskningsmaterialer? Spørsmålet kan melde seg når f. eks forskningsgrupper oppløses eller når sjefen slutter.<sup>494</sup> Det har vært minst én bitter sak om dette og rettsapparatet har endog vært koplet inn.<sup>495</sup>

Komplisert forskningsorganisering medfører ofte komplisert administrasjon. Dette forsterkes av at offentlig administrasjon i sin alminnelighet

---

494 Problemet er slett ikke nytt, kfr. historien fra 1820-årene om Michael Skjelderup og de anatomiske preparatene, men den lagde ikke noe problem, tvert imot.

495 F. eks. innen genetik arbeides det med store informasjonsmengder som er blitt samlet inn gjennom mange år, og da kan slike problemer forekomme.

er blitt forsterket, hvilket er bra for å skape ryddighet og oversikt, men det krever atskillige ressurser. Forbi er dagene da instituttlederen kunne disponere konti få andre enn instituttmiljøet visste om, midler som kunne få det til å gli når det buttet, eventuelt dekke opp når det skjedde noe uforutsett. Når administrasjonen blir profesjonalisert og organisert separat fra den faglige virksomheten, blir som en etat i etaten, kan det imidlertid oppstå miljømessige ulemper, fordi man har ulike verdier og mål – skal vi forske fram ny kunnskap eller holde budsjettet?<sup>496</sup>

I læreårene som ung forsker var det i alt dette byråkratiet minst ett stort element som den som nå er emeritus ikke var borti, og det var *etisk* godkjenning, at det var noen som skulle se om du hadde lagt inn forskningsmessig folkeskikk i prosjektet. Samfunnet stolte på at forskeren hadde etisk gangsyn og ikke gjorde noe som støtte mot allmenne verdier – selv når forskningsiveren var overveldende.

I 1985 ble det etablert såkalte regionale komiteer for medisinsk forskningsetikk (REK). Komiteene skal uttale seg om omtrent alt man kan finne på av medisinsk forskning, og godkjenning skal foreligge før man kan søke om bevilgninger. En av begrunnelsene for å sette forskningsetikken i system, var de uhyrlige beretningene som kom fram i Nürnberg-prosessene etter Den annen verdenskrig om menneskeeksperimenter i tysk medisin. Det ble den gang skremmende klart at etiske kjørerregler simpelthen er nødvendige for medisinsk forskning. Men det tok faktisk nærmere 40 år før dette ble systematisert i Norge. Slik etisk godkjenning er siden blitt en virksomhet med stort omfang.<sup>497</sup>

Etiske godkjenninger dreier seg for øvrig ikke bare om det selvfølgerlige – at forskning på levende mennesker skal holde etisk standard. Det gjelder også f. eks. undersøkelser av tidligere innsamlet materiale fra mennesker som nå er døde.<sup>498</sup>

I 1986 vurderte de regionale etiske komiteene 85 prosjektsøknader. I 2010 var det 1 735. Totalsummen for disse årene var blitt hele 21 703 prosjekter.

---

496 Dette er diskutert for det samfunnsmedisinske miljøet i: Larsen Ø. (red.) Administrativ organisering og akademisk virke – Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin ved Universitetet i Oslo. *Michael* 2011; 8: Supplement 10.

497 Se REK – Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (på nettet), *Årsmelding 2010*.

498 Dette kan av og til gi utslag som kan virke bisarre, slik at etikken mest framstår som en hemsko for forskningen. F. eks. trenger C14-datering av en skjelettdel som er funnet i en grav fra vikingetiden, også etisk godkjenning.

### *Er søknadsarbeid forskning?*

I løpet av de siste årtiene av 1900-tallet og inn i vårt århundre har ganske mye av medgått tid ved forskningsarbeid blitt arbeid med *søknader*. Søknader om finansiering. Det hjelper lite om forskerens eller forskningsgruppens idéer er aldri så potensielt banebrytende hvis det bare er forskeren og miljøet rundt som synes det, og ingen vil betale for å få arbeidet gjort. Den gode og velbegrunnede søknad kan være så detaljert og omfattende at det meste er tenkt gjennom både en og flere ganger – helt fram til hvilke publikasjoner som planlegges, med hvilke titler og til hvilke tidsskrifter manuskriptene tenkes sendt. Mange river seg i håret over denne utviklingen, for det er mye arbeid. Men egentlig er det en forskyvning av intellektuelt arbeid fra gjennomføringsfasen til planleggingsfasen. Det er ikke bortkastet. Forutsigbarheten blir større og feilskjær kan lukes ut på forhånd – dersom søknaden da får tilslag.

Ettersom det ikke er uvanlig at halvparten av et institutts budsjett kommer fra eksterne kilder, blir søknadsvirksomheten viktig. Slik har det vært lenge. Foreninger, f. eks. Kreftforeningen, er en viktig forskningssponsor.<sup>499</sup> Andre eksempler: Anders Jahres fond til vitenskapens fremme ble opprettet i 1953 ved et gavebrev fra skipsreder Anders Jahre (1891–1982) til Universitetet i Oslo og har vært en tungveker som bidragsyter. I 2009 ble de såkalte Jebsen-fondene opprettet med finansieringsmuligheter for gode prosjekter. Og det finnes en rekke andre muligheter. Blant annet kommer store summer fra spillvirksomhet medisinsk forskning til gode.

Norges forskningsråd har tradisjonelt sett vært ankerfeste for medisinsk – og annen – forskning i Norge. Forskningsrådet fikk sin nåværende struktur i 1993 da fem tidligere forskningsråd ble slått sammen, heriblant det som hadde vært viktigst for medisin, nemlig Norges almenvitenskapelige forskningsråd fra 1949. Men også Forskningsrådet har sine prioriteringer, sine tematiske områder og sin programforskning, slik at mye av styringen også her simpelthen er flyttet ut av forskermiljøenes egne hender.

Hva med intern finansiering? Over det offentlige budsjettet? Der har utviklingen gått sin gang slik at det faktisk nå, ved jubileumsåret 2014, *forutsettes* at det meste av midlene kommer utenfra i form av prosjektfinansiering. Her er det imidlertid et litt spesielt forhold som gjelder den kliniske forskningen.

Allerede da Rikshospitalet ble opprettet i 1826 var det ment at dette skulle være et *universitetssykehus*, dvs. en av sykehusets viktigste oppgaver var at det skulle tjene undervisningsformål. Dette har ført til uklårheter

<sup>499</sup> Kreftforeningen, som inntil 2004 het Den norske Kreftforening, ble etablert i 1988 ved at Landsforeningen mot Kreft og Norsk Forening til Kreftens Bekjempelse slo seg sammen.



om finansiering, prioriteringer m.v. hele tiden siden. Det har vært overført midler fra det departement som med skiftende navn har vært ansvarlig for undervisning til sykehuset for å dekke opp universitetsfunksjonene. Men hvor er det blitt av disse midlene i det store sluket? Dette har vært et konfliktområde i mange tiår.<sup>500</sup> Gikk midlene inn i den daglige driften av sykehusene? I løpet av 1990-årene ble det arbeidet intenst med dette fra fakultetsledelsens side. Da tåken letnet, viste det seg at det var store summer som nå kunne identifiseres som tilgjengelige for forskning. Et samarbeidsorgan mellom fakultetet og universitetssykehusene sørger nå for fordelingen av midlene ut til forskergruppene. En avtale mellom Rikshospitalet og fakultetet av 2006 regulerer hvordan forskning og undervisning skal styres rundt på avdelinger og andre enheter.

Fakultetet har formalisert møter med de andre medisinske fakultetene, de såkalte dekanmøtene. Det er også etablert en ordning med årlige møter med helseministeren for å sikre nær og tett kontakt med helsemyndighetenes behov og tenkemåte. (Kfr. også figur 114, side 368, bildet av helseminister Jonas Gahr Støre (f. 1960) som underviser samfunnsmedisin for medisinerstudentene.)

Generelt fikk norsk medisinsk forskning et økonomisk løft da den statlige overtakelsen av sykehus fra 2002 medførte både en plikt til og en finansiering av forskning rundt om ved helseforetakene. Forskning ble alminneliggjort som en del av en leges rollebilde, mer enn det hadde vært før.

### *Spissing av forskning*

«Concentrate efforts»<sup>501</sup> er en god, og kanskje uomgjengelig nødvendig leveregel, dersom man skal forsøke å bli best og vil konkurrere med andre som gjør nettopp det – konsentrerer seg om det de er best til. Dette gjelder ikke bare på individnivå. Det gjelder også for grupper, der det sier seg selv at det kan være atskillig å oppnå ved at flere slår seg sammen om samme forskningsfelt. Derfor er det også ved de medisinske forskningsmiljøene i Oslo blitt mer og mer vanlig, faktisk regelen, at det etableres forskningsgrupper, der deltakerne fungerer som en enhet og forsker og publiserer sammen. Medisinsk forskning er gått fra å være en aktivitet for enkeltpersoner til å bli gruppearbeid.

500 Se kapitlet Evensen SA. Universitetet og Rikshospitalet, betraktninger fra en siamesisk tvilling. S. 74-82 i: Natvig JB & al. (red.) *De tre Riker*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2001.

501 Professor Alf Brodal pleide som omtalt tidligere å si *concentrate efforts* med formanende mine til dem som på 1970-tallet (inklusive denne forfatter) satt med sine matpakker rundt lunsjbordet ved Anatomisk Institutt.



*Figur 123: Bibliotek for medisin og helsefag ved Rikshospitalet er en sentral kunnskapsformidler for studenter, fakultetsansatte, personalet ved Rikshospitalet og alle andre som har behov for medisinske litteraturtjenester. Her sees et gløtt inn i det store ekspedisjonslokalet, der Liv Ingeborg Brenna og Magnus Carlstrøm sitter klare til å hjelpe ved skranken. Det medisinske fakultetsbibliotek ble opprettet i 1850. Dette flyttet i 2000 sammen med Rikshospitalets medisinske bibliotek og informasjonssenter, foruten med instituttbiblioteker inn i det nybygde Rikshospitalet på Gaustad som en del av Universitetsbiblioteket i Oslo. (Se: Fonnum M, Halldal K. På vandring. Medisinsk avdeling av Universitetsbiblioteket i Oslo ved 200-årsjubileet 2011. Oslo: Universitetsbiblioteket, 2010.) Også siden er biblioteker ved institutter og enheter blitt flyttet til biblioteket på Rikshospitalet. Mange miljøer beklager dette, ettersom det lokale biblioteket både utgjorde en del av identiteten og ga lokal tilgang til bibliotekarer som var lommekjent med behovene på stedet. Men med dataalderens inntreden er bibliotekbruken blitt endret. Oppdatert tilgang til tidsskrifter og bøker er blitt raskere og bedre, selv uten fysisk tilgang til biblioteket. Da er den nye strukturen alt i alt mer skreddersydd. Universitetsbiblioteket har store magasiner, blant annet med medisinsk faglitteratur fra fakultetets eldste tid, den gang oversikt over fortidens kunnskap kanskje var enda viktigere for medisinsk forståelse og for praktisk medisinsk arbeid enn nå. Derfor inneholder sikringsmagasinene bibliofile skatter helt fra inkunablenes tid. F. eks. finnes det flere utgaver av Andreas Vesalius' (1514–1564) berømte anatomiske atlas. (Se Guttormsgaard G, Hofseth D, Larsen Ø. Innsikt synlig. Oslo: Universitetet i Oslo, 2001). (Foto: Øivind Larsen 2014)*

Forskningskvalitet viser seg først når forskningen brynes mot annen forskning på samme felt. Dette var ikke så enkelt hvis arbeider bare ble offentliggjort i relativt utilgjengelige bøker, som de gamle doktoravhandlinger, eller i lokale tidsskrifter med liten sirkulasjon. Derfor ligger en av de største omveltningene i medisinsk forskningskultur de siste par generasjoner i overgangen til publikasjon i internasjonale tidsskrifter, gjerne sammen med flere medforfattere, og der artiklene er nøye gjennomgått av fagfeller engasjert av redaksjonen før de *eventuelt* blir trykket. Det er grunn til å understreke *eventuelt*, for i prestisjetunge tidsskrifter er ofte refusjonsprosenten høy, basert på kriterier som originalitet, kvalitet og relevans. At dette *overfører et betydelig ansvar for medisinsk fagutvikling til tidsskriftsredaktørene*, er en annen sak.

Den nyere tids tilgjengelighet på *nett* har ytterligere styrket tidsskriftartiklenes posisjon, ikke som en oppsummerende fortelling om et gjennomført forskningsprosjekt, men som et verktøy i en pågående forskningsprosess som skjer i samspill med andre. Og verktøykassen er umiddelbart tilgjengelig. Straks!

Nettpubliseringsen har imidlertid også gjort noe annet med spredningen av ny medisinsk kunnskap. Det er f. eks. kommet nye, nettbaserte *open access* tidsskrifter som bringer forskningsresultater raskere ut. Det er også andre måter å vende seg direkte mot verden der ute. Problemet som da oppstår, er at det ikke alltid er så lett å vurdere om den nye kunnskapen som kommer opp på skjermen er kvalitetssikret på samme måte som i de konvensjonelle tidsskriftene, med kanskje månedlang, dyptgående fagfelle-vurdering før presentasjonen. Kvalitetskontrollen blir i større grad overlatt til brukeren. Skillet mellom god og mindre god forskning kan bli utvisket. Utviklingen gjør også at de konvensjonelle medisinske tidsskriftenes økonomi blir vanskeligere.<sup>502</sup> Det som skjer også på dette feltet, gjør undervisning i *kunnskapshåndtering* for medisinerstudenter enda viktigere.

### *Prioritering*

Prioritering, det å velge å satse på noe, istedenfor på noe annet, er nødvendig. Men en beslutning om prioritering skjer også på grunnlag av overveielser som har passert gjennom kjeden *kunnskaper – verdier – meninger*. Det er sjelden kunnskap alene som avgjør. Derfor er prioritering nesten alltid kontroversielt. Noen gjør valg i samsvar med det de mener på bakgrunn av verdigrunnlag og kunnskaper. Dette gjør at det må legges stor vekt på

---

<sup>502</sup> *07-media* i Oslo, en stor mediebedrift med mange tidsskrifter, avholdt i lys av dette i 2014 et symposium med tittelen *Den siste redaktør*. Det var lærerikt!



*Figur 124: Professor Per Fugelli (f. 1943) mottok 19.10.2010 Karl Evangs pris for helseopplysning. Her holder han takketalen. (Foto: Øivind Larsen). Arbeid ved fakultetet har også en utadvendt side, f.eks. som agendasetter og premissgiver. Måten dette har foregått på, har variert med tiden. Folk fra fakultetet har vært å finne i rådgivningsposisjoner og som medlemmer i viktige komitéer. Det har også vært ex officio representasjon i offentlige organer. Det var hygieneprofessoren Ernst Ferdinand Lochmann (1820–1891) som for alvor tok i bruk pressen som talerør for helseinformasjon og egne meninger. Per Fugelli, som blant annet sammen med professor medisinsk antropologi Benedicte Ingstad (f. 1943) har studert nordmenns helseoppfatning, har ført denne ekstroverte informasjons-tradisjonen videre gjennom artikler, foredrag, bøker og intervjuer og har påvirket synet på trivsel, helse og sykdom i brede lag av folket. (Se f. eks.: Fugelli P. Ingstad B. Helse på norsk: God helse slik folk ser det. Oslo: Gyldendal akademisk 2009, 2. utg. 2014.)*

arbeid med prioritering. Man må tenke seg nøye om, for de beslutninger man tar, får som oftest langtidseffekter.

Selvforsterkende teamarbeid i forskningsgrupper slik at innsatsen spises, har falt sammen med en økende interesse fra fakultetet sentralt om å prioritere forskningsområder hvor man ser at det er et spesielt potensial for å gjøre det godt og nå opp, både i de overordnende, nasjonale prioriteringene og i den internasjonale konkurransen.

Prioritering kan også skje gjennom den effektiviseringen som samkjøring av aktiviteter rundt om i miljøene kan medføre. Hvis omtrent likeartet forskning foregår flere steder og har behov for samme type ressurser, kan det være en gevinst å ta ut – både faglig og økonomisk – ved sammenslåing, selv om det kan virke personlig smertefullt for noen i første omgang. Og på den tekniske siden: Dyrestaller er for eksempel både kostbare og kompliserte å drifte, men er nødvendige i mye medisinsk forskning.

Prioritering vil uvegerlig inkludere økonomisk prioritering. Derfor opprettet fakultetet i løpet av 1990-årene såkalte tematiske områder for å kunne legge mer vekt på fagfelt med forventet potensial.

«Concentrate efforts»-tankegangen var også en av grunnene til at Norges Forskningsråd etter utenlandsk mønster organiserte såkalte Sentre for fremragende forskning (SFF) fra 2003. Det ble den gang på nasjonalt nivå opprettet 13 silke sentre som fikk ekstra støtte i millionklassen i fem år. Under forutsetning av tilfredsstillende evaluering midtveis, kunne de få finansiering i ytterligere fem år.

La oss benytte et eksempel for å belyse denne utviklingen: Ved Rikshospitalet er det et sterkt immunologisk forskningsmiljø.<sup>503</sup> Her ble Senter for immunregulering (CIR)<sup>504</sup> etablert som et Senter for fremragende forskning i 2007 for, sammen med andre, å besvare noen sentrale forsknings-spørsmål på området og for å finne fellesnevner ved immunforsvarmedierte sykdommer med mål om å utvikle nye behandlingsformer for en stor gruppe pasienter. Spørsmålene var:

Hvorfor angriper immunforsvaret kroppens egne celler og vev og forårsaker autoimmune sykdommer?

Hvorfor overreagerer immunsystemet på ufarlige stoffer i omgivelsene, som pollen og mat, og forårsaker allergisk sykdom?

Immunforsvaret er utviklet for å beskytte oss mot sykdom, men av og til rettes forsvarets våpen mot våre egne celler eller mot ufarlige stoffer i

<sup>503</sup> Personlig meddelelse, Anders Sandvik, desember 2013.

<sup>504</sup> Senter for immunregulering (CIR) springer ut fra sterke immunologi miljøer ved Universitetet i Oslo og Rikshospitalet. Nettverket «Centre for Vaccinology and Immunotherapy (CEVI)», et tematisk forskningsområde ved Det medisinske fakultet, etablert i 2001 og var finalist ved utlysningen av første generasjons SFF-er, ledet av professor Per Brandtzæg, er en forløper til CIR.



omgivelsene. Da kan immunforsvaret, direkte eller indirekte, påføre oss skade og sykdom. For folk utenfor feltet høres forskningsspørsmålene enkle ut, men det er de slett ikke!<sup>505</sup>

Takket være forskning ved CIR<sup>506</sup> vet vi i dag mer om hvorfor pasienter med spesielle genvarianter har økt risiko for å få cøliaki – en overfølsomhetssykdom mot gluten i kosten. Senteret har også bidratt vesentlig til å belyse hvorfor cøliakipasienter lager sykdomskaraktistiske autoantistoffer. Forskere ved CIR har gjennom arbeid med en uvanlig hudsykdom lært mer om tidlige hendelser i utviklingen av allergi og har frembrakt ny viten om immunreaksjoner i neseslimhinnen til pasienter med pollenallergi. Nye dyremodeller utviklet ved senteret gjør det nå mulig å studere hvordan sentrale celler i immunforsvaret samarbeider – et samarbeid som i spesielle tilfeller kan forårsake autoimmunsykdom og kreftutvikling.

Senteret har bidratt med nye brikker i det komplekse puslespillet som kartleggingen av immuncellenes biologi er. Dette inkluderer ny viten om transportveier og såkalt antigen presentasjon – prosesser som er med på å forme immunreaksjoner. Senteret har også utviklet nye forskningsverktøy som gjør det mulig å studere spesifikke immunresponser i detalj på celle- og molekylnivå. CIR-forskere har i samarbeid med industripartnere utviklet teknologi som gjør det mulig å bedre kontrollere legemidlers virketid i kroppen. Ved utgangen av 2013, etter seks års drift, hadde over 30 forskere tilknyttet CIR tatt sin doktorgrad, og et tilsvarende antall mastergrader var avlagt av studenter ved senteret.

---

505 Senter for immunregulering driver forskning av høy internasjonal kvalitet. Fra 2010 er CIR også et «Federation of Clinical Immunology Societies (FOCIS) centre of excellence». CIR består av fem forskningsgrupper ledet av professorene Ludvig M. Sollid, Bjarne Bogen, Frode L. Jahnsen, Oddmund Bakke og Inger Sandlie. Gruppene har komplementær ekspertise som strekker seg fra arbeid med sykdommer og sykdomsmodeller i forsøksdyr via cellebiologi og molekylærbiologi til utvikling og anvendelse av avansert teknologi. Sentermedlemmene kommer fra Avdeling for immunologi og transfusjonsmedisin (tidligere Immunologisk institutt) og Avdeling for patologi (tidligere Institutt for patologi) ved Det medisinske fakultet, samt fra Institutt for biovitenskap (tidligere Institutt for molekylær biovitenskap) ved det Matematisk- naturvitenskaplige fakultet. Senterleder er Ludvig M. Sollid og nestleder er Inger Sandlie. Senterets vertsinstitusjon er Universitetet i Oslo med Oslo Universitetssykehus som konsortiepartner.

506 Mer om CIR på [www.med.uio.no](http://www.med.uio.no). Årsrapporter og eksterne evalueringer for utfyllende informasjon [www.med.uio.no/cir/english/about/strategy/index.html](http://www.med.uio.no/cir/english/about/strategy/index.html). Eksempler på prosjekter: *Luftveisallergi – Hvorfor blir vi allergiske? Mekanismer for utvikling av allergi.*

– Ledet av Frode L. Jahnsen. Fra 2007–2012 ledet av Finn-Eirik Johansen.

*Cøliaki – Gluten og gener i samspill.*

– Ledet av Ludvig M. Sollid (senterleder)

*Autoimmunsykdom – Når immunforsvaret angriper oss selv – T- og B-celle samarbeid.*

– Ledet av Bjarne Bogen

*Protein design – Nye forskningsverktøy og medisiner.*

– Ledet av Inger Sandlie (nestleder)

*Avansert mikroskopi – Hva skjer inne i cellene i immunforsvaret?*

– Ledet av Oddmund Bakke



*Figur 125: Forsøksdyrtekniker Juan Carlos Veloso Gutierrez skifter buret til en genmodifisert BN-rotte (Brown Norwegian). Avdeling for komparativ medisin, Institutt for medisinske basalfag, Domus medica. (Foto: Øystein H. Horgmo 2013)*



*Figur 126: Overingeniør Hans Christian Dalsbotten Aass og senioringeniør Marit Hellum isolerer monocytter fra blod ved Avdeling for medisinsk biokjemi, Institutt for klinisk medisin, Ullevål universitetssykehus. Studentundervisningen ved Det medisinske fakultet i Oslo foregår i et miljø hvor det både på institutter og kliniske avdelinger foregår avansert forskning tett integrert og bak hvert hjørne. Det bør inspirere serve the science-motivasjonen hos studentene! (Foto: Øystein H. Horgmo 2013) (En litt spesiell historie om hvordan forskning og klinikk kan være nesten i overkant samkjørt: Blant de mange telefoner som kommer til denne forfatter vedrørende medisinsk historie, var en fra en dame som hadde vært innlagt på Rikshospitalet i Pilestredet og vært svært syk. Hun var blitt trillet på røntgen for undersøkelse. I den andre sengen som ventet, så hun ikke pasienten, bare en hale som stakk fram under dynen. Det lignet en schäfer. Kunne det stemme? Hun hadde aldri turt å spørre. Kanskje hadde sykdommen spilt henne et puss? Jeg kunne berolige henne. Ved Institutt for eksperimentell kirurgisk forskning ble det gjort hundeforskning innimellom annen virksomhet!)*

I tillegg til en lang rekke vitenskapelige publikasjoner, flere i topp rangerte internasjonale tidsskrifter, står CIR-forskere bak en samling patenter. Innovasjon og kommersialisering står sterkt i senteret og to selskaper, Vaccibody AS og Nextera AS, er etablert på teknologi og kunnskap framskaffet i CIR-miljøet.

### *Inn i et marked*

Kommersialisering av vitenskapelige resultater er en trend i forskningen som er blitt styrket i løpet av de siste årtiene og som ved fakultetets jubileumsår 2014 er blitt en målsetting i seg selv. *Innovasjon* er også et ord som er kommet inn i det medisinske språk. Innovasjon er definert som menneskeskapt endring av verdiskapende aktiviteter,<sup>507</sup> og brukes oftest i forbindelse med økonomisk verdiskapning, men er også en tenkemåte som gir et mer allment kommersielt perspektiv innpass i medisinen.

Noen få forskere, spesielt innenfor laboratoriefag, utviklet allerede i de første årtiene etter krigen metoder og laboratoriereagenser som kunne tilbys i et kommersielt marked. Et eksempel er indremedisinprofessor og hematolog Paul Arnor Owren (1905–1990) som utviklet metoder for kontroll av blodets koagulasjon hos pasienter som gikk på koagulasjonsnedsettende behandling. Han opprettet et selskap, AS Trombo, som solgte hans reagenser over hele verden og skapte store inntekter.

Et annet eksempel er laboratoriemedisinprofessoren ved Rikshospitalet Lorentz Eldjarn (1920–2007). Han var en pionér innen norsk laboratoriemedisin. Han fikk opprettet Statens fysiokjemikerskole og han bidro til at laboratorieprøvene som ble utført rundt om i landet ble standardisert. Til dette trengtes referanseprøver, og produksjon av slike fikk Eldjarn iverksatt i samarbeid med den farmasøytiske bedriften Nyegaard & Co. i Oslo.<sup>508</sup> Eldjarn tok imidlertid konsekvensen av sine kommersielle interesser. Da han var 58 år gammel i 1978 søkte han avskjed fra sin offentlige stilling og konsentrerte seg om å bygge opp sin bedrift Sero A/S som produserte og solgte referanseprøver over hele kloden, og som pr. 2014 fortsatt gjør det.

---

<sup>507</sup> Se f. eks. i *Store norske leksikon*.

<sup>508</sup> Dette var ikke ukontroversielt, bekreftet av Eldjarns etterfølger, professor Oddvar Stokke, tlf. 19.1.2014.

Det var tradisjonelt en kulturell uvilje mot å blande medisinsk virksomhet og business.<sup>509</sup> Det ble sett på som litt spesielt hvis man gjorde dette.<sup>510</sup> Denne holdningen bar kan hende preg av en naiv etikk, ettersom resten av verden åpenbart ikke var plaget av slike tanker.<sup>511</sup>

Det er noen historiske linjer ved fakultetet som går helt tilbake til oppstarten i 1814 og som kan belyse holdningene til forholdet mellom Mammomon og medisin. Det begynte med pasientrettet arbeid. Både hippokratisk og kristen etikk la vekt på altruistisk nestekjærlighet som basis for medisinsk virksomhet. Altså et klart verdigrunnlag for kunnskapene.

På den annen side har vi allerede beskrevet hvordan legene man begynte å utdanne i Norge, skulle tjene flere formål i samfunnet. De hadde forskjellige *images* og *objectives*. Den publikumsrettede legevirksomheten som ikke var en del av offentlig arbeid, foregikk imidlertid hele tiden i et *marked*, idet selv 1800-tallets legepraksis som regel var tjenester som ble betalt på en eller annen måte av dem som benyttet seg av tjenestene. Det var *fee for service*. Fakultetslærerne var intet unntak. Svært mange hadde allerede tidlig på 1800-tallet legepraksis ved siden av universitetsarbeidet, en ordning som har bestått siden, etter hvert avtalemessig regulert, men i hovedsak faglig begrunnet med nødvendigheten av å opprettholde kontakten med medisinsk hverdag når man arbeidet med forskning og undervisning.

Fra siste halvdel av 1800-tallet, i den markedsliberalistiske tid, utviklet også selve medisinen seg i en markedstilpasset retning, med privat praksis som kjernevirksomhet. Vi kan faktisk snakke om et *klinisk marked*. Etikken i dette opp gjennom tiden er blitt ivarettatt og passet på av norsk medisinerutdanning, helsemyndighetene og Legeforeningen.

Etter Den annen verdenskrig skjedde det viktige endringer i forutsetningene. På den ene siden utviklet trygdeordningene seg, slik at det i ethvert fall fra 1956 var praktiske talt tilnærmet full tryggedekning for medisinske tjenester. Og det var legene som bestemte hvilke tjenester som var nødvendige. De hadde *gate-keeper*-rollen, og de hadde et framforhandlet takstsystem som regulerte deres egen godtgjørelse. På den annen side skjedde det

509 Apotekere og leger har siden gammel tid vært atskilte yrker – man skulle ikke forskrive medikamenter man selv produserte, eventuelt solgte. Denne etikk står i kontrast til f. eks. veterinærenes, som godt varmt kan anbefale sin egen hundemat.

510 Denne forfatter fikk f. eks. i 1960-årene på Hygienisk Institutt en idé som jeg var stolt av og foreslo for min sjef å søke mønsterbeskyttelse for og få produsert. Da ble jeg møtt med en streng pekefinger og beskjed om at her på instituttet jobbet vi altså for «the benefit of the people», ikke for penger. Klar melding mottatt! Jeg bruker prototypen hver dag femti år etter, men den forble et *one-off*-produkt. Jeg hadde kollidert med rådende *verdier*.

511 Et kron eksempell på manglende interesse for og forståelse av kommersielle muligheter er Ugelstads kuler, funnet opp av kjemikeren John Ugelstad (1921–1997) i Trondheim. Utenlandske interesser lagde en økonomisk braksuksess ut av en oppfinnelse som var blitt gjort åpent kjent, slik man var vant til i akademiske miljøer. Se heftet: Ugelstads kuler. *Michael* 2013; 10: 1–112.



faglige endringer, i hovedsak ved at laboratoriemedisinen utviklet seg meget raskt.<sup>512</sup> Kunnskaper om laboratoriefunn fikk en plass i medisinsk arbeid på linje med anatomisk og fysiologisk kunnskap og ble uunnværlige redskaper i diagnostikk og behandling. Her lå det en kime til en etisk konflikt ved at leger kunne dekke opp et marked som leger selv var med på å skape.

Ved noen institutter ble det analysert prøver som ble betalt over trygden, og der inntektene ble brukt til å styrke forskningen og det faglige miljøet. Andre steder etablerte ansatte fagfolk private, eksterne firmaer der de befant seg utenom arbeidstid og påtok seg diagnostikk og laboratorieservice av samme type som i sin universitets- og sykehusstilling. Et eksempel er Laboratorium for Patologi AS som ble opprettet i 1964 som en forlengelse av at patologiprofessoren på Rikshospitalet helt fra 1932 hadde privat praksis. Her var det diagnostikk som var blitt kommersialisert, og det er blitt en stor og integrert, men privat del av norsk helsetjeneste.<sup>513</sup> Dette laboratoriet er pr. 2014 oppkjøpt av Fürst Medisinsk Laboratorium, som ble opprettet på tilsvarende måte i 1950 av daværende førsteamanuensis ved Fysiologisk Institutt Valentin Fürst (1907–1988) for å undersøke laboratorieprøver på kommersiell basis. Han sluttet imidlertid ved Universitetet i 1957 for å drive sitt firma på heltid. Nå er det blitt Norges største virksomhet i sitt slag og er en viktig del av helsetjenesten. Få tenker over at vi har et overveiende offentlig helsevesen, men at det er viktige unntak, f. eks. privat allmennmedisin og private laboratorier av flere slag som drives privat, men som er finansiert av det offentlige. I likhet med f. eks. farmasøytisk industri har de kommersielle medisinske laboratoriene sin egen vitenskapelige fagutvikling, men utgangspunktet har vært kunnskaper hentet fra universitetsmiljøer og andre akademiske miljøer hjemme og ute.

Medisinere i universitetsmiljø vil fra tid til annen ikke ha kunnet unngå å merke en viss reservert holdning fra folk ellers på Universitetet. Vi skal ikke se bort fra at dette kan ha hatt sammenheng med mulighetene for virksomhet utenom universitetsstillingen, noe som kan ha gjort de økonomiske betingelsene misunnelsesverdige.

Kommersialisering av *forskningsresultater* er noe av det samme som kommersialisering av *klinisk virksomhet*. Dette er en blanding av en fortrinnsvis fri forskning og business som må bringes inn i ordnede former hvis det ikke skal skurre – eventuelt strande på formalia. Et eksempel på hva som har vært gjort: For å få kommersialisering av forskning og forskningsresul-

512 Se f. eks. Stokke O. *Fra håndverk til høyteknologi: klinisk kjemi på Rikshospitalet fra 1953 til 2003*. Oslo: Rikshospitalet, 2003.

513 Pr. 2014 undersøker laboratoriet (ifølge sin nettside) årlig ca. 100 000 prøver av biologisk materiale fra store deler av landet.



*Figur 127: Universitetets rektor i fakultetets jubileumsår 2014 er Ole Petter Ottersen (f. 1955). Han er medisinere, professor ved Anatomisk Institutt og valgt for perioden 1. august 2009 til 31. juli 2017. Ved Universitetet i Oslo er rektor valgt, ikke ansatt, og representerer derfor ansatte og studenter. Rektor kan komme fra alle fakulteter, men en gang imellom er det altså en medisinere, som da har spesiell kjennskap til Det medisinske fakultetet, men som må balansere dette mot alle de andre fakultetene som hun eller han også er rektor for. På bildet står rektor på balkongen i øverste etasje i administrasjonsbygningen på Blindern, Lucy Smiths Hus, der han har utsikt mot Gaustad sykehus og Rikshospitalet i det fjerne, bak tomteområdet der bygg for Life Sciences ventes å reise seg. (Foto: Øivind Larsen 2014)*