

# Michael



Publication Series of The Norwegian Medical Society



Medisinsk fakultet  
i forandring

3/13



# Michael Skjelderup

*Michael* is a publication series named after professor *Michael Skjelderup* (1769-1852), one of the fathers of Norwegian medicine. He was born in Hof, Vestfold in Norway as the son of a priest, and was raised in the Norwegian countryside. Because of severe speech disturbances as a boy he did not get proper schooling, but was at last accepted as an apprentice in an apothecary's dispensary in the city of Fredrikstad at the age of 16. During his youth he tried through hard work and by means of an intensive self-discipline to overcome his handicap, and he really succeeded, except for in stressed situations.

Lacking a student examination, an academic training seemed out of question, in spite of his obvious bright mind. However, in 1789 he was admitted to the new Surgical Academy in Copenhagen, where academic qualifications were not required.

From now on, his career flourished. He passed the surgical examination with the highest grade in 1794, entered positions in Copenhagen hospitals and at the University, where he defended his doctoral thesis in 1803 and was appointed professor in 1805.

The first University in Norway was founded in Christiania (now: Oslo) in 1811. Medical teaching was supposed to commence from the very beginning, and from 1814 the new medical faculty could offer medical training. Michael Skjelderup was appointed its first professor 1813, and started his teaching, mainly in anatomy in the fall of 1814, after a dramatic war time sea voyage from Denmark across the waters of Skagerrak where hostile Swedes fired at his swift sailing vessel.

As a University pioneer, he became active in several medical fields. Among other achievements, he published an authoritative textbook in forensic medicine in 1838. When he resigned in 1849, eighty years old, he had seen all Norwegian trained medical doctors in his lecture room.

Skjelderup was instrumental in building a scientific medical community in Christiania. Together with his University colleague Frederik Holst (1791-1871) he founded the first Norwegian medical journal *Eyr*, named after a Norse medical goddess, in 1826. A reading club of physicians established in 1826 was formalized into an association in 1833, the still existing Det norske medicinske Selskab (The Norwegian Medical Society), which over the decades to come played an important role in the development of the health services and of a national medicine.

*Michael* is devoted to the memory of the man who first realized the importance of a regular, national medical publication activity in Norway and implemented his ideas in 1826. *Michael* is published by the same association as was founded by Michael Skjelderup and his colleagues – Det norske medicinske Selskab.

## Et medisinsk fakultet over tid – ytre og indre påvirkningskrefter

*Michael 2013; 10: 215–8.*

*I 2014 vil Det medisinske fakultet ved Universitetet i Oslo legge to hundre års virksomhet bak seg. Imidlertid er det kanskje i den senere tid, i perioden fra rundt 1970, at utfordringene har vært størst og endringene mest merkbare. De fleste felt innenfor medisinen har undergått en sterk faglig utvikling. Studentantallet har økt og flere studieplanendringer har gjort at undervisningen har måttet legges om. Samtidig er legerollen i samfunnet blitt annerledes og undervisningen har måttet tilpasse seg dette. Legestudentene er ikke lenger alene ved fakultetet, andre grupper er også kommet til. Dessuten har omtrent alle studenter og lærere ved fakultetet flyttet inn i nye lokaler i løpet av denne tiden. Organisasjonsendringer ved Universitetet i Oslo har gitt nye betingelser og utfordret fags identitet, og i tillegg stiller ny utforming av norsk helsevesen nye krav til dem som utdannes. De tradisjonelle oppgaver forskning, undervisning og formidling blir stadig sterkere påvirket utenfra, ikke minst gjennom finansierungsordningene. I tillegg kommer overordnede, internasjonale avtaler, både om hvordan universiteter skal drives og om hva som skal til av kunnskaper og ferdigheter for å kunne arbeide som lege i Norge.*

### **Jubileumsarbeid med mersmak**

Ved tohundreårsjubileet som fakultetet planlegger å feire høsten 2014, til minne om den gang da fakultetets første, nyansatte lærer professor Michael Skjelderup (1769-1852) begynte å holde sine forelesninger høsten 1814, vil man på forskjellig vis benytte anledningen til å se tilbake, fortrinnsvis for å se hva man kan lære av tiden som er gått. Selv et overflatisk blikk på fakultetets historie ved 175-års-jubileet i 1989 (1) viser at det faktisk er i tiden etterpå at det har skjedd flest og størst gjennomgripende forandringer, styrt av både ytre og indre krefter. Sett i tilbakeblikk er det imidlertid rime-

lig å avgrense denne perioden bakover til rundt 1970, med hovedvekt på i de siste godt og vel 30 år.

Det finnes selvsagt skriftlig dokumentasjon for det meste som har skjedd, egnet for historiske dypdykk, men det som skiller denne interessante perioden fra tidligere år, er at her har vi fortsatt viktige aktører med oss. De historiske kildene kan suppleres med muntlig informasjon om hva som hendte, kanskje av og til om hva som *egentlig* hendte...

De historiske kildene som det er aktuelt å ta fram når man skal se tilbake på fakultetets virksomhet, gir derfor *mersmak* – *hva mener aktørene selv?* Derfor er hoveddelen av denne utgaven av *Michael* referat fra et aktørseminar (2) som ble holdt 3. 12. 2012, hvor 33 personer som hadde vært sentrale for fakultetets utvikling, var samlet.

Det som blant annet helt klart gikk fram, var at dynamikken ved fakultetet langt fra bare ble bestemt innenfra. Her var det ytre krefter som var sterke, imidlertid ofte godt parert av dyktige folk som forsvarte fakultetets verdier og profil.

### Store forandringer

Det var rimelig å benytte innflyttingen i det nye Preklinisk Bygg på Gaustad i 1978 som et historisk tidsskille, likeledes planleggingen av det nye Rikshospitalet, der undervisningen var en viktig premiss, og innflyttingen der i 2000 som et annet tidsskille. Nå hadde omtrent alle studenter og lærere ved fakultetet fått nytt arbeidssted. Og Akershus Universitetssykehus har igjen fått undervisningsoppgaver og har funksjoner som er en del av fakultetet.

*Forskningen* er i de senere år blitt mer og mer styrt av finansiering utenfra, på en slik måte at det i mindre grad enn før er sine egne forskningsspørsmål forskerne prøver å svare på, det blir oftere problemstillinger som passer inn i den profilen Forskningsrådet til enhver tid har.

*Undervisningen* av legestudenter er blitt endret. I 1996 satte fakultetet ut i livet en ny studieplan, kalt *Oslo96*. Den spadde rundt all tidligere undervisning og lanserte helt nye prinsipper for læring. Foruten ved at studentantallet er blitt økt som følge av samfunnets krav, er det i studiets første del blitt et innslag av ernæringsstudenter og ved et tverrfakultært samarbeid undervisning også for odontologistudenter.

Andre målgrupper er kommet til ved fakultetet, med studentene ved sykepleievitenskap og helsefag som viktige eksempler. I tråd med det nye, internasjonale gradssystemet har fakultetet nå blant annet flere utdannings-tilbud på mastergradsnivå, og fører både medisiner og andre kandidater fram til graden PhD.

Tidligere generalsekretær i Universitetsrådet, Per Nyborg, beskriver i sin artikkel i dette nummeret av *Michael* (3) hvordan universitetsstrukturen i Europa for tiden er under forandring, i henhold til den såkalte Bologna-prosessen. Det medisinske fakultet i Oslo har foreløpig ikke vært så mye berørt av dette, fordi fordringene fra den derav følgende norske Kvalitets-reformen stort sett allerede for lengst var ivaretatt i studieopplegget. Men en konsekvens av den nye tid er PhD-utdanningen, som ved Det medisinske fakultet i Oslo i de senere år har fått et omfang som i krav til undervisnings- og veiledningsinnsats nå begynner å kunne måle seg med grunnutdanningen av legestudenter.

*Formidlingen* er blitt annerledes, blant annet fordi relevant kunnskap om aktuelle helsespørsmål ikke lenger er medisinerens eksklusive domene, men deles med andre fagfolk. Dessuten er det i større grad mediene selv som styrer hva som formidles til allmennheten gjennom tekst, lyd og bilde og på hvilken måte.

I løpet av de siste årtiene har dessuten *legerollen*, den yrkesrollen fakultetet i hovedsak har utdannet til, kommet under press, spesielt hva autoritet og autonomi angår. Man kan si hva man vil om faglig autoritet, men tross alt har den vært et hjelpemiddel i behandlingssituasjoner. Dette svekkes i nåtidens møter med moderne, godt oppdaterte pasienter. Det må nødvendigvis føre til justeringer i undervisningen, likeledes det faktum at leger nå for det meste arbeider i team og langt sjeldnere opptrer autonomt.

*Helsevesenet* har også forandret seg betydelig. Det er et annet arbeidsmarked fakultetets nye kandidater nå kommer ut i, enn deres foreldregenerasjon gjorde. Helsearbeid er en stadig økende sektor av arbeidslivet, der mange grupper må tilstrebe et mest mulig sømløst og harmonisk samarbeid, om det store maskineriet skal fungere etter hensikten. Og mer samarbeid forutsettes det å bli. Legearbeidet ute i samfunnet er således under omforming.

For legene er det også en ny tid i og med at en stor del av de kolleger de møter, er utdannet ved andre norske fakulteter. En stor del leger i Norge er dessuten kommet fra utlandet. I henhold til gjeldende regelverk har Det medisinske fakultet en ganske krevende jobb med å gjennomføre jevnghetsvurderinger av disses kvalifikasjoner før de kan bli autorisert for arbeid i Norge.

Ny omfordeling av helsearbeid også blant andre og nye yrkesgrupper kan komme til å forandre kravene både til legeutdanningen og til de andre gruppene som undervises, og fordre at fakultetet reviderer og tilpasser sin profil. *Michael* bringer, som en kommentar til aktørseminarets tema, et internasjonalt eksempel som belyser denne utviklingen: I en artikkel fra

USA forteller Elisabeth Stura (4) om erfaringer med å la spesialutdannede sykepleiere utføre deler av allmennlegearbeidet. Slike og andre reformer bør føre til en grundig diskusjon av hvordan utdanningen bør legges opp i dybde og bredde for de ulike yrkesgruppene, slik at resultatet blir best mulig for befolkning, pasienter og samfunn.

Alt dette og mye mer kunne aktørseminardeltakerne fortelle om eller inspirere til nysgjerrighet og ettertanke om (2). De kunne imidlertid også fortelle om hvordan *økonomiske forhold og styringssystemer ved fakultetet* stundom ble opplevd som meget frustrerende og problematiske, til og med så bekymringsfulle at enkelte tidligere veletablerte fags eksistens og identitet er blitt truet.

Diskusjonene i 2014 om hva vi eventuelt har lært av historien, bør bli interessante. Den som lever, får se.

## Litteratur

1. Larsen Ø. *Mangfoldig medisin*. Oslo: Det medisinske fakultet, 1989.
2. Larsen Ø. (red.) Det medisinske fakultet i Oslo siden 1970-årene – et aktørseminar. *Michael* 2013; 10: 219-344.
3. Nyborg P. Bologna-prosessen og den norske kvalitetsreformen. *Michael* 2013; 10: 345-9.
4. Stura E. Spesialutdannede sykepleiere til primærlegeoppgaver i USA. *Michael* 2013; 10: 350-6.

*Øivind Larsen*  
*Institutt for helse og samfunn*  
*Universitetet i Oslo*  
*oivind.larsen@medisin.uio.no*

# Det medisinske fakultet i Oslo siden 1970-årene – et aktørseminar

*Michael 2013; 10: 219–344.*

*Det medisinske fakultet ved Universitetet i Oslo feirer sitt 200-årsjubileum i 2014. I forbindelse med jubileumsforberedelsene ble det arrangert et såkalt aktørseminar i Det Norske Videnskaps-Akademis lokaler den 3. desember 2012. I alt 33 personer som alle hadde vært engasjert i fakultetets utvikling gjennom lang tid, var samlet til et heldagsseminar for å drøfte viktige hendelser og utviklingslinjer fra rundt 1970 og framover til nå. Lydopptak av seminaret ble transkribert, sendt ut til deltakerne til kommentar og retting før sluttredigering og publisering som en del av kildetilfanget til fakultetets historie for denne perioden.*

## Universitetshistorie og fakultetshistorie

Det medisinske fakultets historie ved Universitetet i Oslo går inn som en del av den allmenne universitetshistorien i Oslo. Forum for universitetshistorie, organisert under Avdeling for historie ved Institutt for arkeologi, konservering og historie ved Det humanistiske fakultet, Universitetet i Oslo, har siden tidlig på 1990-tallet arbeidet med universitetets historie. Foruten å ha stått bak en lang rekke andre publikasjoner, ga Forum i 2011 ut et ni binds jubileumsverk med oversikt over de to hundre år fra grunnleggelsen i 1811 og fram til jubileet, med professor Jon Peter Collett som hovedredaktør<sup>1</sup>.

Som medlem av denne arbeidsgruppen gjennom hele perioden i egenkap av å være representant for Det medisinske fakultet, ble jeg (Øivind Larsen) fort klar over hvor mangfoldig et universitet er når man går det etter i sømmene. Ikke minst viste det seg at det oppleves mange forskjellige

---

1 Oslo: Unipub forlag, 2011.

historier fra og om universitetet, alt etter hvem man er, med hvilke øyne man ser, hvilke kilder man benytter seg av og av mange andre grunner.

Det ble også klart at et fakultet, altså en faglig avgrenset, mindre del av universitetet, ikke er mye forskjellig fra universitetet som helhet, på tross av at et profesjonsfakultet som det medisinske ved første øyekast kan se annerledes ut enn f. eks. de tradisjonelt sett «friere» humanistiske eller samfunnsfaglige miljøene.

### Kilder til universitetshistorie

For eldre tid henvises man som regel til skriftlige kilder som er mer eller mindre primære i forhold til det man vil studere. Det kan være fra hele skalaen av potensielt informasjonsbærende aktstykker med relevans, f. eks., fra korrespondanse, via dokumenter fra universitetets forskjellige forvaltningsnivåer og til ferdige historiske oversikter over institutters eller miljøers utvikling.

Noen interesserer seg dessuten mest for institusjonens historie som sådan, mens andre ser fagenes utvikling som det viktigste. Da må kildematerialet velges ut i samsvar med vinklingen. Likedan blir det hvis man lar enkeltpersoner, f. eks. studenters eller læreres liv og virke være det sentrale. Mens noen synes forskningen er viktigst, kan andre være mer opptatt av hvordan formidlingen av kunnskapen foregår, både som studentundervisning og på annen måte.

En fruktbar synsvinkel kan også være å se på universitetet og dets ulike deler utenfra – hvordan samspillet har vært med samfunnets krav. Det stiller krav til kilder om det samfunnet man vil sammenholde universitetet med.

*Skriftlig* kildemateriale i form av f. eks. fakultetsdokumenter kan ha forskjellig verdi for den som ser på dem med historisk blikk. Tørre vedtaksprotokoller kan eksempelvis skjule bitre feider. Viktige strategiske veivalg kan dessuten være tatt uten at de egentlig har etterlatt seg annet enn diffuse spor i dokumentene. Der det er mulig, vil det derfor være gunstig om man kan supplere det skriftlige stoffet med *muntlige* kilder, altså ved at personer som selv var aktivt med på utviklingen og hadde innflytelse på den, ser tilbake og forteller uformelt om hva de tenkte da og hva de tenker nå. Derved supplerer man blikket utenfra med blikket innenfra.

### Aktørseminar og fakultetshistorie

Aktørseminarmetoden er en strukturert og systematisk form for muntlig kunnskapsinnsamling som er en god del brukt internasjonalt i samtids-

historisk arbeid, og som også i en rekke år har vært anvendt ved medisin-historiske samtidsstudier ved Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo.

Hvert aktørseminar forberedes av en komité som ofte har en ad hoc arbeidsgruppe. Denne finner fram til et representativt utvalg av personer som inviteres til seminar. Dette fordrer ofte en god del forhåndsarbeid.

Generelt er også finansieringen av seminarene en vesentlig del av forbedelsene. Søknadsprosedyrer m.v. gjør at det er nødvendig å begynne i god tid. Selv om mye arbeid skjer på dugnadsbasis og ubetalt, medfører hvert aktørseminar for tiden (2013) direkte utgifter i størrelsesordenen 160 000 kroner. Ved dette seminaret om Det medisinske fakultetets nyere historie har imidlertid fakultetet gitt forhåndstilsagn om å dekke alle utgifter.

Formatet er gjerne et heldagsseminar. Det bør ikke være særlig flere enn 30 deltakere, dersom den enkelte skal få rimelig tid til å delta i ordskiftet. Man bør, hvis det lar seg gjøre, samles omkring et mest mulig rundt møtebord, eller i et rom det på annen måte er sørget for at ingen sitter «øverst eller nederst ved bordet». Stedet bør også være «nøytral grunn» i henhold til seminarets tema. For de norske medisinhistoriske aktørseminarene har lokalene til Det Norske Videnskaps-Akademi i Oslo vist seg mest egnet.

Komiteén deler opp dagen i avsnitt og inviterer på forhånd enkelte av deltakerne til å gi en innledning av ca. syv minutters varighet om et deltema, før diskusjonen slippes løs i f. eks. 15-20 minutter. En relativt håndfast møteledelse kan da være nødvendig. Det ligger atskillig erfaring bak denne organiseringen og disse tidsrammene. Man sikrer presis informasjon, at ulike synspunkter kommer fram, at det ikke blir for mye gjentakelser, og at atmosfæren blir avslappet.

Det hører med til metoden at aktørseminarer avsluttes med et selskape-lig samvær, blant annet fordi at eventuelle gamle konflikter som seminaret måtte ha gjenopplivet, skal kunne bilegges.

Etter seminaret følger redigering og publisering av godkjent referat. Dette kan være en prosess som enkelte ganger kan bli både omstendelig og tidkrevende, særlig hvis det er deltakere med et utflytende og upresist muntlig språk. Målet er at referatet skal gjengi korrekt det som ble sagt og de meningene som ble uttrykt, men på en slik måte at dette er klart og greit å lese.

For de norske, medisinhistoriske aktørseminarene har publisering av referatene skjedd gjennom Det norske medicinske Selskabs tidsskrift *Michael*.<sup>2</sup>

---

2 Se [www.dnms.no](http://www.dnms.no)

Aktørseminaret mandag 3. desember 2012 ble arrangert etter de her nevnte prinsippene. Komitéen besto av Øivind Larsen (leder), Stein A. Evensen, Mette Groseth Langballe, Jon Storm-Mathisen, Elin O. Rosvold og Nina Vøllestad. Komiteen hadde Gina Fraas Henriksen som sekretær den første tiden.

### **Deltakere ved aktørseminaret om fakultetets historie**

*Berg, Ole T.*, professor, helseledelse og helseøkonomi, Universitetet i Oslo.  
*o.t.berg@medisin.uio.no*

*Bjune, Gunnar A.*, professor, internasjonal helse, Universitetet i Oslo.  
*g.a.bjune@medisin.uio.no*

*Brodal, Per Alf*, professor emeritus, anatomi, nevrale systemer, Universitetet i Oslo.  
*p.a.brodal@medisin.uio.no*

*Danielsen, Åge*, tidligere direktør ved Rikshospitalet.  
*age.danielsen@radgiverne.no*

*Evensen, Stein A.*, professor emeritus, indremedisin, Universitetet i Oslo.  
*s.a.evensen@medisin.uio.no*

*Falkum, Erik*, professor, psykiatri, Universitetet i Oslo.  
*erik.falkum@medisin.uio.no*

*Fossum, Sigbjørn*, professor, anatomi, immunbiologi, Universitetet i Oslo.  
*sigbjorn.fossum@medisin.uio.no*

*Frich, Jan*, professor, helseledelse og helseøkonomi, Universitetet i Oslo.  
*jancf@medisin.uio.no*

*Følling, Ivar*, tidl. førsteamanuensis, leder universitetskomitéen ved Akershus Universitetssykehus, seksjonsoverlege indremedisin, endokrinologi.  
*ivar.folling@medisin.uio.no*

*Geiran, Odd*, professor, thoraxkirurgi, Universitetet i Oslo.  
*odd.geiran@medisin.uio.no*

*Heiberg, Astrid Nøklebye*, professor emerita, psykiatri, Universitetet i Oslo.  
*a.n.heiberg@medisin.uio.no*

*Hjortdahl, Per*, professor, allmennmedisin, Universitetet i Oslo,  
*per.hjortdahl@medisin.uio.no*

*Hol, Bjørn*, fakultetsdirektør, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo,  
*bjorn.hol@medisin.uio.no*

*Kierulf, Peter*, professor emeritus, biokjemi, Universitetet i Oslo.  
*peter.kierulf@medisin.uio.no*

*Kirkevold, Marit*, professor, sykepleievitenskap, Universitetet i Oslo.  
*marit.kirkevold@medisin.uio.no*

*Kringlen, Einar*, professor emeritus, psykiatri, Universitetet i Oslo.  
*einar.kringlen@medisin.uio.no*

*Kutzsche, Stefan*, professor, pediatri, Universitetet i Oslo.  
*stefan.kutzsche@medisin.uio.no*

*Langballe, Mette Groseth*, seniorrådgiver, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo.  
*m.g.langballe@medisin.uio.no*

*Larsen, Øivind*, professor emeritus, medisinsk historie, Universitetet i Oslo.  
*oivind.larsen@medisin.uio.no*

*Lærum, Ole Didrik*, professor emeritus, patologi, Universitetet i Bergen.  
*o.d.larum@uib.no*

*Natvig, Jacob B.*, professor emeritus, immunologi, Universitetet i Oslo.  
*j.b.natvig@medisin.uio.no*

*Norum Kaare R.*, professor emeritus, ernæring, Universitetet i Oslo.  
*k.r.norum@medisin.uio.no*

*Roald, Borghild*, professor, patologi, Universitetet i Oslo.  
*borghild.roald@medisin.uio.no*

*Rosvold, Elin Olaus*, professor, allmennmedisin, Universitetet i Oslo.  
*e.o.rosvold@medisin.uio.no*

*Storm-Mathisen, Jon*, professor emeritus, anatomi, nevroanatomi, Universitetet i Oslo.  
*jon.storm-mathisen@medisin.uio.no*

*Straand, Jørund*, professor, allmennmedisin, Universitetet i Oslo.  
*jorund.straand@medisin.uio.no*

*Vaglum, Per*, professor, medisinske atferdsfag, Universitetet i Oslo.  
*p.j.w.vaglum@medisin.uio.no*

*Vartdal, Frode*, professor, immunologi, Universitetet i Oslo.  
*frode.vartdal@medisin.uio.no*

*Vollestad, Nina*, professor, helsefag, Universitetet i Oslo.  
*nina.vollestad@medisin.uio.no*

*Walloe, Lars*, professor emeritus, fysiologi, Universitetet i Oslo.  
*lars.walloe@medisin.uio.no*

*Wold, Jens Andreas*, tidligere seniorrådgiver, det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo. *j.a.wold@medisin.uio.no*

*Østberg, Bjørn*, psykiater, seniorrådgiver, overlege.  
*bjørn@ostberg.no*

*Øverland, Randi Gerd*, tidligere seniorrådgiver, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo.  
*randigerd@gmail.com*

Prosjektmedarbeidere:

*Ariansen, Morten*, overingeniør, Universitetet i Oslo (lydopptak)

*morten.ariansen@medisin.uio.no*

*Henrichsen, Gina Fraas*, sekretær, teknisk bistand.

*peghenr@online.no*

*Jensen, Turid*, teknisk bistand (transkripsjon av lydopptak, innredigering av tekstrettelser fra deltakerne, fotografering).

*turid.jensen@ebnett.no*

## Program

**0830–0900** *Registrering og kaffe*

**0900–0915** *Åpning av seminaret*

Øivind Larsen og Elin O. Rosvold

**0915–1000** *Utdanning av medisinere*

Per Brodal: *Studieplanarbeidet i de siste 30–40 år med noen erfaringer*

Ivar Følling: *Teori og praksis i klinisk undervisning*

Ordstyrer: Elin O. Rosvold

**1000–1045** *Andre utdanninger ved fakultetet*

Ole Berg: *Videreutdanning i ledelse ved fakultetet*

Nina Vøllestad: *Etablering av helsefaglige utdanninger ved fakultetet*

Ordstyrer: Øivind Larsen

**1045–1115** *Pause*

**1115–1145** *Kvinner i fakultetet*

Astrid Nøklebye Heiberg: *Kvinner i fakultetet*

Ordstyrer: Øivind Larsen

**1145–1215** *Fakultet og formidling*

Kaare R. Norum: *Fakultetets rolle i medisinsk formidling*

Ordstyrer: Elin O. Rosvold

**1215–1245** *Fakultetets organisering*

Bjørn Hol: *Organisatoriske endringer og begrunnelser for dem*  
Ordstyrer: Elin O. Rosvold

**1245–1330** *Lunsj*

**1330–1400** *Innføringen av allmennmedisin som fag*

Per Hjortdahl: *Innføringen av allmennmedisin som fag*  
Ordstyrer: Øivind Larsen

**1400–1445** *Nytte og nysgjerrighet i forskningen*

Jon Storm-Mathisen: *“Nytte” og nysgjerrighet sett fra basalforskningen*  
Per Vaglum: *Kampen for å sikre klinisk forskning ved Det medisinske fakultet*  
Ordstyrer: Elin O. Rosvold

**1445–1500** *Pause*

**1500–1545** *Fakultetet og sykehusene*

Stein A. Evensen: *Sykehus og fakultet – siamesiske tvillinger?*  
Åge Danielsen: *Forskning og undervisning i sykehusene – i konkurranse med annen virksomhet?*  
Ordstyrer: Øivind Larsen

**1545–1615** *Leger utdannet ved Det medisinske fakultet – og andre leger*

Stefan Kutzsche: *Jevngodhetsvurderinger – fakultetets rolle ved godkjenning av medisinerutdanning fra utlandet*  
Ordstyrer: Elin O. Rosvold

**1615–1645** *Oppsummering (i auditoriet)*

Erik Falkum

**1645–1715** *Mingling i salongene*

**1715–** *Middag i spisesalen*

## Om referatet

Referatet på de følgende sider er basert på lydopptak i konferanserommet (Videnskapsakademiets spisesal i Oslo), der alle seminardeltakerne disponerte mikrofon og kunne delta i ordvekslingen. Siste oppsummering (ved Erik Falkum) foregikk i Videnskapsakademiets auditorium, der det bare var mikrofon på talerstolen, og hvor det også av den grunn ikke var lagt opp til debatt.

Lydopptakene ble transkribert ordrett av Turid Jensen. Både opptak og originalutskrift blir arkivert ved Det medisinske fakultet.

Transkriptet ble først redigert av Øivind Larsen. Da det kan være merkelig forskjell mellom det talte og det skriftlige språk, ble innleggene redigert inn i en skriftlig form. F. eks. er innskutte småord som ikke er meningsbærende, tatt ut. Ordstilling er korrigert og halve setninger etc. er strammet opp. Ordstyrers tekniske anvisninger m.v. er tatt ut, unntatt hvor disse har hatt betydning for forløpet av debatten eller for flyten i den lesbare teksten.

Den redigerte teksten ble så sendt ut til deltakerne for godkjenning og eventuell oppretting, riktignok ledsaget av formaninger om at det som var sagt, var sagt, og at det bare var direkte feil informasjon og uklarheter som kunne rettes. Innkomne justeringer ble innført i referatmanuskriptet av Turid Jensen. Sluttredigeringen ble utført av Øivind Larsen. Ferdige manuskript, oppsatt i 1. korrektur, ble så sendt til komitéen for gjennomsyn og eventuelle kommentarer før trykking.

## Åpning av seminaret

*Elin O. Rosvold:* Mitt navn er Elin Rosvold og jeg skal sammen med Øivind Larsen lede dere gjennom dette aktørseminaret som skal ha fokus på den nyere historie ved Det medisinske fakultet, (Universitetet i Oslo).

Vi har vært en komité som også jobber med jubileumsboken som dette aktørseminaret skal være en del av bakgrunnen for. Komitéen består foruten av Øivind og meg av Nina Vøllestad, Jon Storm-Mathisen, Mette Groseth Langballe, Stein Evensen og sekretær Gina Fraas Henriksen.

Vi har samlet en gjeng her hvor vi regner med at de fleste kjenner hverandre, og de sitter alle sammen inne med god kunnskap om historien ved Det medisinske fakultet. Vi gleder oss til å få høre deres erfaringer i dette seminaret. Vi skulle gjerne ha invitert enda flere, det er mange som sikkert hadde mye fornuftig å si om fakultetet, men vi har bare den plassen som er i dette rommet. Vi har gjort et nøye utvalg, og dere var de som takket ja til å være med. Det er vi veldig glade for. Dere har vært veldig entusiastiske og har kommet med tilbakemeldinger på det dere skulle si noe om—en entu-



*Figur 1. Den store spisesalen i Det Norske Videnskaps-Akademi i Drammensveien 78 i Oslo danner en ærverdig ramme når man arrangerer aktørseminar, men selv dette rommet kan bli i minste laget! (Foto: Turid Jensen)*

siasme som vi håper vi vil se under hele seminaret. Vi vil spesielt takke dem som er langveisfarende og kommer utenfra fakultetet for å være med her i dag. Det er spesielt tidligere direktør ved Rikshospitalet, Åge Danielsen og også Ole Didrik Lærum som har vært med oss mange ganger før og sett oss utenfra. Det setter vi også veldig pris på.

*Øivind Larsen:* Foranledningen til at vi er samlet her til aktørseminar, er at Det medisinske fakultet feirer 200 år i september 2014, for da er det 200 år siden vår første medisinprofessor, Michael Skjelderup, begynte sin undervisning. Mye har forandret seg siden Skjelderup – det skulle bare mangle. Hvorfor skal vi beskjeftige oss med det og ikke heller konsentrere oss om å

planlegge for framtida? Vel, i anledning av det kommende jubileum vedtok altså Det medisinske fakultet at det skulle settes i gang et arbeid med en jubileumsbok. Det er et prosjekt av ca. tre års varighet. Jeg ble spurt på nyåret nå i 2012 om å ta ansvaret for dette, og det sa jeg ja til. Men det som da hendte, var at tiden begynte å gå fortere. Tiden la liksom inn et annet gir. 2014 nærmer seg med økende hastighet.

Nå er fakultetets historie ikke et felt som er uberørt av historikeres hoder og hender. Ved Universitetets hundreårsjubileum i 1911 anla professor Søren Bloch Laache en biografisk preget tilnærming der de *viktigste personene* ved fakultetet var et vesentlig utgangspunkt for hans bok. Ved 150 års jubileet i 1961 var det mer *fag og institusjoner* som var røde tråder. I min egen kortfattede oversikt i 1989 i forbindelse med 175 års feiringen, gjorde jeg et forsøk på å kombinere disse to prinsippene.

Da jeg i 2002 begynte å arbeide med en bok som hadde *legestudentene* ved fakultetet som utgangspunkt, steg det fram fra kildene en virkelighet som viste seg å være nokså forskjellig fra de andre virkelighetene som løp parallelt. Flere institutter og fag ved Universitetet har dessuten sine egne historiske framstillinger, hvor det ser ut som om de har levd sine egne liv, ofte på tross av verden omkring. Da er spørsmålet: I hvilken grad har institutter, enheter og fag utviklet seg selvstendig, og i hvilken grad har de identifisert seg i prosessen med et større hele?

Hvorvidt man kan lære av historien, er et omdiskutert spørsmål. Det kommer av at historie er så mangt. Vi kan ikke leve fortida om igjen. Vi må gjøre et utvalg. Da kan vi fra historiens store univers velge å velge temaer som vi kanskje kan lære av.

Et av målene for den kommende fakultetshistorie, og derunder for dette aktørseminaret, er således å se bakover for å se framover.

200 år er en lang tid. Det første ca. 170 årene er imidlertid fra et medisinhistorisk synspunkt relativt greie. De er greie ikke bare fordi det fins en god del historiske arbeider å bygge på, men de er også greie fordi avgjørelser som ble tatt og som ledet utviklingen, ligger så langt tilbake i tid at de vanligvis ikke inngår som argumenter i dagens strategiske overveielser. Dessuten er mange av aktørene ikke med oss lenger, og det forandrer kildegrunnlaget.

Det er annerledes for den nære fortid, for eksempel ca 30 år. For her kan aktører selv se tilbake og vurdere viktig og uviktig, hensiktsmessig og uhensiktsmessig i det som har hendt. Aktører fra den nære fortid kan dessuten *spørres* og de kan *fortelle*. Derfor er vi her i dag. Vi er samlet til aktørseminar. Det vi skal gjøre, er altså egentlig å identifisere det som er viktig, det som *dere* oppfatter som viktig.

Jubileumsbokprosjektet består av sideløpende, mindre prosjekter for å tilrettelegge kildegrunnlaget. Noe av dette er allerede publisert separat, annet er underveis, og noe er under forberedelse. Også dette aktørseminaret er et delprosjekt som vil bli publisert separat.

Om et øyeblikk skal Elin fortelle nærmere om *teknikken ved aktørseminar*. Det som sies her i dag, vil i redigert form, og etter godkjennelse av dere, komme ut i tidsskriftet *Michael* i 2013, og det er da ett av kildegrunnlagene for jubileumsboka i 2014.

Et universitet er noe spesielt. Min deltakelse i styre og bokkomité ved vårt universitets Forum for universitetshistorie siden midten av 1990-tallet har lært meg det. For kanskje mer enn andre steder i samfunnet består et universitet og historien om det av forskjellige parallelle virkeligheter. Det er *studentenes* universitet, *lærernes* universitet, *fagenes* universitet, *institusjonenes* universitet, og *mange andres* universitet. Disse virkelighetene kan være så ulike at det kan hende at noen knapt kjenner seg igjen i en beskrivelse som prøver å fange alt.

Det er også ulike tidsperspektiver. Studieår i 1960-årene er forskjellige fra studieår på 2000-tallet. For *studenten da* og *studenten nå* er det to forskjellige verdener. For den *universitetsansatte* som var der både i 1960-årene og nå, er universitetet det samme, men det er bare forandret. Studenten har typisk opplevd et seks års tidsvindu, den ansatte kanskje femti år eller mer. Og et fakultet er i denne henseende bare et universitet i miniatyr – for vårt vedkommende riktignok en ganske stor miniatyr.

Utviklingen ved et universitet og ved dets fakulteter og i faglig virksomhet i form av undervisning, forskning, formidling styres av en rekke krefter både innefra og utenfra. Historisk kan man fastslå *at* forandringer har skjedd, men det er mer interessant å vite *hvorfor*. Hvilke omstendigheter eller synspunkter forandret, eller forårsaket forandringene?

De siste ca. 30 årene – la oss sette innflyttingen i det prekliniske bygget på Gaustad i 1978 som et passende tidsskille. I disse ca. 30 årene har det skjedd svært mye ved fakultetet. Nye fag som var blitt opprettet, ble innført i undervisningen, så som *atferdsfag* og *medisinsk etikk*. Noen fag er riktignok litt eldre, som *allmennmedisin* og *medisinsk statistikk*, men de er blitt kraftig styrket.

På den annen side, til tross for syttiårenes store samfunnsinteresse og grasrotengasjementer, og til tross for sterk utvikling av blant annet epidemiologiske muligheter, har for eksempel *samfunnsmedisinske fag* hatt problemer med å hevde sin plass. Det er et paradoks. I tråd med den generelt økende interesse for helse og miljø i storsamfunnets bevissthet, kan man

hevde at forbindelsen mellom medisin og miljø er blitt tilslørt i denne perioden, ikke minst i undervisningen.

Studieplanen for legestudiet er lagt om flere ganger. Innføringen av studieplanen *Oslo96* i 1996 var det mest dramatiske som skjedde på undervisningsfronten. Nye utdanninger er dessuten blitt lagt under fakultetet, og vi nevner *sykepleievitenskap*, *helsefag*, *helseledelse* og *helseøkonomi*. Det gis for eksempel også undervisning for *kiropraktorer*. Vi har fått tidlig spesialisering i legeutdanningen ved at *forskerlinja* ble innført. Endringen av doktorgradsordningen og behovet for videreutdanning har gjort at vi nå har fått en *PhD-utdanning* med et omfang bortimot grunnstudiets omfang. Og hva har skjedd med doktorgraden i denne perioden?

Ny organisering av forskningen har kommet til, for mange fags vedkommende såkalte *tematiske områder*. Organisering i *forskningsgrupper* har i løpet av de siste ti årene blitt mer og mer vanlig. Og noen tar også spranget og blir *Centres of Excellence*. Dette er egentlig ganske revolusjonerende, men det er en stille omveltning som har skjedd i disse ca. 30 årene.

Vel, årstall for hendelser og tidsskiller kan vi finne i arkivmateriale. Men vedtaksprotokoller er etter hvert blitt en dårlig kilde til *hvorfor* alt dette og mye annet skjedde. Hva var for eksempel så galt med norske leger at medisinske *atferdsfag* tvang seg fram? Var det studentenes framtidige arbeid i legepraksis som begrunnet opprustningen av *medisinsk statistikk*, eller var det forhold i forskningen? Hvorfor var den *tradisjonelle studieordningen* så avlegs at både den og *karaktersystemet* ble kastet over bord i 1996? Men omvendt, hvorfor ble det i sin tid så tidsriktige kandidatstudiet i *arbeidshelse* lagt ned? Osv. Å finne svar på en lag rekke slike *hvorfor* er en av de viktigste grunnene til at vi er her i dag. For det finner vi sjelden i arkivmaterialet.

Historieboka om fakultetet, den som skal være ferdig i september 2014 dersom alt går etter planen, er tenkt orientert omkring to hovedakser.

Den *ene hovedaksen* går fra teori til praksis. Hvor skal tyngdepunktet i fakultetets virksomhet være? Skal det være i å formidle og utvikle *medisinsk kunnskap*? Eller skal det være opplæring i kvalifisert anvendelse av *medisinske ferdigheter*? Dette var man uenige om både i København og andre steder allerede midt på 1700-tallet. For vårt vedkommende ble resultatet etableringen av Det kongelige kirurgiske akademi i København i 1785. De tidligere *tenkerne* var legene utdannet ved Universitetet i København og *praktikerne* var de håndverksmessige utdannede kirurgene. De arbeidet side om side. Men så opprettet man altså *hybriden*, Det kongelige kirurgiske akademi. Dette akademiet ble modellen for vårt eget fakultet i 1814. Undervisningsprofilen var en blanding av teori og praksis tilpasset tidens medisinske behov, en balansert blanding. Egentlig har vi vært uenige om balansen mellom



Figur 2. Fra venstre og rundt bordet: Åge Danielsen, Ole Berg, Jan Frich, Randi Gerd Øverland, Jens Andreas Wold, Mette Groseth Langballe, Elin O. Rosvold, Øivind Larsen, Nina Vøllestad, Jon Storm-Mathisen, Borghild Roald (halvt skjult), Per Brodal, Ole Didrik Lærum, Astrid Nøklebye Heiberg. (Foto: Turid Jensen)

teori og praksis gjennom 200 år. Og pendelen har svingt fram og tilbake. Men *hvorfor*?

Den *andre hovedaksen* har med målgruppen for fakultetets virksomhet å gjøre. Er det *samfunnet*, slik som på 1800-tallet, da for eksempel epidemibekjempelse på strukturelt nivå var noe av det nyttigste fakultetets fagfolk kunne beskjeftige seg med? Eller er det *enkelpasienten*, slik dagens studenter lærer? Her er det også betydelige svingninger fram og tilbake oppgjennom de 200 år. Men – *hvorfor*?

For vårt indre øye kan vi se for oss en kombinasjon av disse to aksene. Et enkelt rutenett med fire ruter. Selv et overflatisk blikk på fakultetets 200-årige historie viser at tyngdepunktet har skiftet mellom teoretisk og praktisk samfunnsmedisin, medisinsk teori og praktisk legevirksomhet. Men *hvem* har bestemt over disse svingningene? Og *hvorfor*?

Det ville være å ønske at vi nå, med den diskusjonen som kommer her i dag, ville kunne ha disse to aksene i minne – og kanskje kunne vi bruke dem som et hjelpemiddel til å finne svar på noen av de mange *hvorfor*, i et hvert fall for disse to dimensjonene og kombinasjonen av dem.

Vel – det er altså det store *hvorfor*? som er dagens tema. Jeg har en arbeidshypotese om at fakultetet ofte *tror* at det har bestemt selv, men så har det kanskje vært i betydelig mindre grad enn de har trodd.

*Elin Rosvold*: Da skal jeg ta en kort gjennomgang av hva det vil si å være med på et *aktørseminar*. Dette her er en historisk metode hvor vi ser på

samtidshistorien. Det vil si at dere som har vært aktører i denne historien, er med og forteller om deres erfaringer. Det gir ikke hele bildet, og det gir ikke noe *bilde* i det hele tatt, fordi siden vi bare gjør lydopptak, er det ingen bruk av foiler eller video-opptak. Det var en som sa til meg at det kunne vært greit å også *se* andres reaksjoner på andres innlegg her, men det får vi bare observere og ta med oss i vårt hjerte.

Det er fort gjort i sånne sammenhenger å ta opp igjen gamle kamper. Jeg tror det var du, Kaare R. Norum, som i sin tid sa at ethvert vedtak på Universitetet ble oppfattet som et innlegg i en ny debatt – og det er vel det som fort skjer når vi skal til å diskutere her. Da er det viktig å huske på at dette er en *historietime*, der vi skal snakke om *historie*. Vi skal ikke legge strategien for det fremtidige medisinske fakultet. Vi skal heller ikke ta noen omkamper, men gjerne redegjøre for hvordan valgene og avgjørelsene ble tatt. Det er det vi ønsker i dag. Men det kan gå «en kule varmt», som det heter. Derfor innbefatter denne historiske metoden at man samles til en bedre middag til slutt for over et glass vin og god mat komme til enighet om at det har vært en fin dag. Det blir slutten på dagen i dag.

Dere har alle fått en tilmålt tid. Den må vi holde for å klare å komme igjennom alle temaene våre. Da kan vi sette i gang. Første innleder er Per Brodal, som skal snakke om utdanning av medisinerere.

## Utdanning av medisinerere

### *Studieplanarbeidet i de siste 30–40 år med noen erfaringer*

*Per Brodal:* Jeg skal si litt om tiden fra omtrent 1970 og fremover. Og jeg skal si en del om *hva* – og komme litt inn på *drivkrefter*.

Nå det gjelder erfaring, så er det kanskje én erfaring som jeg vil dele, og som ikke er spesielt original etter så mange år ved Universitetet. Det er at det aller viktigste når det gjelder kvaliteten på utdanning, det er faktisk at vi har faglig dyktige lærere som er engasjert i studentenes læring – og som, for å legge til en ikke minst viktig ting, at de også evner å se noe ut over sitt eget snevre område. Uten dette – det er det som er *blusset på lampen*, det er det som er *ilden* i utdanningen – og uten det blir alt annet dødt, også alle planer. Eisenhower skal ha sagt at «Planlegging er uvurderlig, planer er ubrukelige.» Og det er min dyrekjøpte erfaring etter hvert også, for å sette det på spissen.

Det er tre hovedløft som jeg skal nevne når det gjelder studieplanendring. Og så noen mindre.

I 1972 til 1977 ble det satt i gang en bred, svær komité. I 1972 tror jeg det må ha vært eller rundt da, med Kåre Jyssum som leder. De arbeidet frem til 1977. For å være litt stygg, tror jeg man må kunne si at det var «berget som fødte en mus». Det var store visjoner til å begynne med i forhold til *kjernepensum* som var på moten den gangen. Det var *valgfrie perioder* som det var viktig å få til. *Integrering* var et honnørord den gangen, som det har vært siden. Men det som kjennetegnet prosessen, så vidt jeg kan se, var at det ble veldig lite progresjon. Det ble ikke noen økt detaljering, det ble ikke forfølging av idéene. Til slutt laget man en plan som var veldig teknisk og hadde lite av visjonene.

De gjorde en ting som var uheldig, og det var at de for å integrere flyttet propedeuten ned i første avdeling. Det førte umiddelbart til betydelig kritikk, ikke minst fra studentene, og til endringer like etterpå.

1978-89, i omtrent den tiårsperioden, var det stadig mindre endringer, men ikke noen større. Så i 1989-90 fikk vi en ny førsteavdelingsplan. Jeg må kanskje nevne at den første planen i 1970-årene endret studiet i retning av *fagblokker*, spesielt i første avdeling. Altså at fagene ble organisert i *blokker*. Det som skjedde i den neste, rundt 1990, var at fagene i førsteavdeling ble organisert i *tema* eller i *organblokker*. Det var for så vidt en forløper for det som skjedde i Oslo96 og var egentlig et viktig forarbeid, selv om det ikke var planlagt på den måten.

Jeg vil også nevne at rundt 1990-91 begynte vi for alvor med *internasjonalisering* og ble medlem i det som het ECTS, European Credit Transfer system, Erasmus systemet, og begynte med studentutveksling og så videre ut fra det.

Så 1989 til 1996, Oslo96. Det var en lang prosess som begynte da. Jeg skal ikke gå mye inn på det. Integrasjon vertikalt og horisontalt var viktige elementer, tidlig pasientkontakt, studentaktiviserende læringsformer, etter hvert ble det valgt PBL, problembasert læring, allmennmedisin som tredje kliniske hovedfag, utplassering i lokalt sykehus, styrket kommunikasjonsundervisning, for å nevne en del stikkord om det som var siktemål og som for en stor del ble gjennomført.

En forutsetningen for Oslo96 var bygging av nytt Rikshospital på Gaustad som ga mulighet for en integrert studieplan. En annen viktig forutsetning var omorganiseringen som skjedde på slutten av 1980-tallet hvor fakultetet gikk fra å ha 106 enheter, til seks. Uten den omorganiseringen tror jeg ikke Oslo96 hadde latt seg gjennomføre. Da ville vi hatt den gamle ordningen med 106 «småkonger» med mer eller mindre vetorett. Så dette var helt grunnleggende viktig for å få til noe som helst av radikale endringer.



*Figur 3. Fra ordstyrerplassen. Fra venstre: Jørund Straand, Elin O. Rosvold, Øivind Larsen. (Foto: Turid Jensen)*

Så vil jeg bare nevne to ting som er viktige endringer eller nyvinninger etter at Oslo96 ble innført. Det ene er det engelskspråklige niende semester hvor Borghild Roald var sentral, og det andre er innføringen av det som nå kalles KLOK-faget, Kunnskapshåndtering, Ledelse og Kvalitet, hvor Per Hjortdahl har vært pådriver – for å nevne ett navn.

Drivkrefter for disse endringene det er jo det store og spennende spørsmålet, og det vanskelige å svare sikkert på. Jeg nevner personer, og igjen med fare for å utelate noen – det er mange flere som har vært med, selvfølgelig. Men jeg vil nevne Jens Gustav Iversen, som fra sekstitallet var en pådriver i forhold til pedagogisk reform. Sverre Halvorsen, likeså, og Kåre Solheim, kanskje litt faseforskjøvet, som alle sammen var viktige. Nå snakker jeg om *pådrivere*, de som virkelig prøvde å få satt i gang. For det er forskjell på å være *pådriver* og *igangsetter* og *gjennomfører*. Det er ikke alltid de samme personene som er gode til de tingene der.

Jeg vil også nevne at vi i hele perioden hadde et godt samarbeid med fagområdet for universitetspedagogikk, og vil kanskje spesielt nevne Gunnar Handal, som var viktig støttespiller for dem som ønsket å få til endringer.

Introduksjon av nye fag, hva kan man si, hva drev dem? Det var internasjonale trender i medisinsk utdanning. Det var noen få på fakultetet som

fulgte med internasjonalt i hva som skjedde i Medical Education og som drev det. Men de hadde relativt moderat gjennomslag, stort sett.

Introduksjon av nye fag – hva har det hatt å si? Jo, *atferdsfag* var åpenbart viktig for planen fra syttiårene. For det måtte gjøres rom for atferdsfag. Andre basalfag måtte reduseres. Det var en viktig drivkraft. Og *bygninger* har vært viktige, det er ikke tvil om det. Da første byggetrinn på Gaustad kom, hadde man en illusjon om at annet byggetrinn skulle komme med en gang. Det gjorde det jo ikke, det tok ti år. Men uansett var det en drivkraft. Og ikke minst nytt Rikshospital hvor det var en vekselvirkning hvor Oslo96 og muligheten for en integrert studieplan var et ganske sterkt argument i debatten for å få et nytt Rikshospital.

*Ytre krefter* – ja, det er det. Jeg vil også nevne at vi faktisk i forbindelse med Oslo96, tror jeg, for første gang hadde konstruktiv kontakt med Legeforeningen, som var med i diskusjoner til å begynne med om hva skal målet være med en ny studieplan. Også i kvalitetsarbeidet har Legeforeningen vært viktig.

Så kan man spørre seg: Erkjennelse av endret terreng, faglige nyvinninger, paradigmeskifter basert på forskning osv. hvor mye har det hatt å si? Relativt lite, tror jeg. Det er egentlig påfallende, syns jeg, hvor relativt lite av endringer som har blitt betinget av at *samfunnet rundt oss har forandret seg*. Det er mulig det er feil å si, jeg håper det er andre som kan kommentere på det, men – mitt inntrykk er nok at vi er ganske innadventd og for lite opptatt av hva samfunnet rundt egentlig trenger og forventer av et medisinsk fakultet. Og hvis vi ikke tar hensyn til det, så spiller vi oss etter hvert ut over sidelinjen.

*Elin Rosvold:* Tusen takk, Per. Det var en ganske viktig ting du kom med på slutten der og som jeg regner med skal tas opp til debatt. Da åpner jeg for debatt for dere andre.

*Borghild Roald:* Jeg syns det var en poengtering av de ulike fasene i en omstillingsprosess. Ulik strategi og ulike personers egenskaper er viktige. Som Øivind nevnte i innledningen: Organisasjonen av fakultetet bestemmer også hvordan en skal få dette til.

Jeg kom inn spesielt i gjennomføringen. Jeg ble fakultetets første studiedekan i 1996. Man forsto etter hvert at gjennomføringen av Oslo96 ville bli en kjempestor arbeidsbyrde. Gunnar Nicolaysen var sentral i Fakultetsstyret med å foreslå at man skulle ha en egen *studiedekan*. Jeg er sikker på at han ville hatt store problemer med gjennomføringen dersom vi ikke hadde hatt en egen studiedekan i fakultetsledelsen. Fakultetsstyret ga i tillegg

studiedekanen, altså meg, en million kroner «på baklomma», til fri disposisjon, slik at jeg kunne gå rundt i de ulike miljøene for å få til gjennomføringen. Vi hadde en meget krevende omorganisering – med *dobbeltkjøring med gammel og ny studieplan*.

Dette er bare et eksempel på at *organisasjonen* er viktig for at man skal lykkes med en omorganisering, i tillegg må man ha *legitimitet*. Jeg tror det kanskje var noe av det viktige for at vi klarte omorganiseringen.

I København prøvde de litt av det samme. Der hadde de en person som var leder av studiestyret tilsvarende Per i Oslo. Det var imidlertid en person som hadde lite legitimitet i fakultetet. Per hadde stor legitimitet i fakultetet og hadde en spesiell strategi. Jeg tror man er nødt til å ha «generaler», og Per var en fantastisk general for å få planene godkjent i fakultetsstyret!

Så bare noen tanker om hva som var det sentrale i Oslo96 med tanke på videreutvikling. Oslo96 var fremfor alt en pedagogisk og organisatorisk reform. Som Øivind var inne på, ga man mer tid til *allmennmedisin*, innførte *medisinsk etikk* som et eget fag, og styrket *atferdsmedisin*. Så kjørte man osthøvel på de øvrige fag. Nå har heldigvis fakultetet sentralt ved nåværende studiedekan, Ingrid Os, begynt en faglig gjennomgang og omorganisering. Jeg syns det er interessant hvordan samfunnsaspektet nå kan komme inn sammen med globaliseringsperspektiver og internasjonalisering.

*Bjørn Hol:* Du nevnte så vidt betydningen av ledelse og så videre i forhold til å få til Oslo96. Men det kan være interessant å få høre litt mer om bakgrunnen for at arbeidet ble igangsatt. For fakultetet fikk jo undervisningsprisen – jeg fikk være med Borghild til Trondheim – og da den ble utdelt av Giske den gangen, var han imponert over at fakultetet hadde gjort dette på eget initiativ, uten påtrykk utenfra. Det var på en måte beundringsverdig at fakultetet dro i gang dette før kvalitetsreformen ble igangsatt for hele Universitetet. Det var litt dumt fordi de som da var med i kvalitetsreformen, de fikk godt betalt for å gjøre de omleggingene som Det medisinske fakultet allerede hadde gjort. Siden vi hadde gjort det på egen hånd, fikk ikke vi noe særlig uttelling for det. Så det var jo litt uheldig. Men han (Giske) var imponert og ville gjerne ha en forklaring på hva det var på Det medisinske fakultet som gjorde det mulig å dra i gang en sånn reform uten at Departementet hadde stått på og presset på utenfra. Så det var et interessant spørsmål som jeg diskuterte litt med Øivind og lurte på om det gikk an å skrive noe om og få det utredet nærmere, men det er fortsatt ikke helt hundre prosent forklart, tror jeg, Øivind. At Oslo96 i det hele tatt gikk gjennom, tror jeg har mye med Pers stil å gjøre. Det var liksom å gå fremover skritt for skritt, aldri gå tilbake igjen, sørge for forankring i fakultets-

vedtak og ikke tillate omkamper. Men bakgrunnen og initiativet for at det ble igangsatt, det er interessant!

*Øivind Larsen:* Jeg bare vil be dere å nevne ordet Maastricht i diskusjonen. Hva er grunnen til at man falt for og ble så begeistret for studieopplegget ved (Universitetet i ) Maastricht?

*Per Hjortdahl:* Takk for spennende innlegg! Jeg har to kommentarer. Det ene er hvor du, Per, nevner at samfunnet rundt oss ikke er styrende nok. Jeg opplever at faget som jeg er inne i, allmennmedisin, er satt inn i det akademiske miljø av det ytre miljøet, nemlig av Legeforeningen og de utøvende leger som ikke var fornøyd med den plass de hadde i akademiet. Så der tror jeg i alle fall fra mitt ståsted, at det er en litt annen dimensjon, nemlig at det er samfunnet som har vært med på å innføre endringer i fakultetet.

Det andre er en litt kortere kommentar. Du sier at innføring av Oslo96 var en *lang* prosess. Jeg, som en aktiv deltaker, grasrotdeltaker i den, opplevde dette som en *meget rask* prosess. Fra den siden var det noe av det som jeg opplevde var det som fikk det til å gå, var det at det hele tiden var fremgang, det var nesten «voldtekt» av noen miljøer, ble det opplevet som, men hele tiden på en positiv, åpen måte. Og det at man hele tiden måtte ta beslutninger, prøve å gjennomføre dem, var en av grunnene til at jeg opplevde at prosessen var rask og at den var vellykket.

*Lars Walløe:* Per begynte sin fortelling med 1970. Jeg tror vi skal bruke litt tid også på den første delen av den perioden, altså før arbeidet med Oslo96 kom ordentlig i gang. Per nevnte Jyssum-komiteén, som hadde mange gode idéer, men som ikke resulterte i noe særlig. Hva var bakgrunnen for at den ble nedsatt? Det er ett navn her som jeg synes vi skal ha med i en historiebok, og det er Arne Martinsen, som var sentral i arbeidet fra slutten av sekstiårene med å forsøke å forbedre ved det medisinske studiet i Oslo. Jeg sto nokså nær Arne Martinsen i den perioden. Derfor kjenner jeg historien ganske godt. Han var den som tok det første initiativet til å få nedsatt Jyssum-komiteén. Han var veldig skuffet over at arbeidet resulterte i så lite. Hva kan grunnen være? Det har noe med det Per nevnte om de mange småkongene. Alle de forholdsvis små reformene som ble foreslått, ble systematisk motarbeidet av de enkelte lærerne i de forskjellige fagene som ikke ønsket sine revirer tråkket inn i. Og jeg tror, selv om Per selvfølgelig har hovedansvaret for Oslo96, så var det en viktig forutsetning at det arbeidet som hadde foregått, på en måte hadde vært mislykket, det resulterte ikke i noe. Og den

eneste måten man kunne gå videre på, var å kaste alle kortene og dele dem ut helt på nytt. Det nyttet ikke å lappe på den ordningen vi hadde. Vi måtte starte helt på nytt, og der var selvfølgelig Per en sentral person. Men jeg tror altså at det var en viktig forutsetning for at fakultetet i Oslo kunne begynne arbeidet med Oslo96, at alt det forholdsvis grundige arbeidet som hadde vært gjort like før, ikke førte til noe. Og Arne Martinsen var en sentral person som bør nevnes i en historiebok av dette slaget.

*Randi Gerd Øverland:* Jeg har bare to kommentarer. Den ene gjelder studieplanen av 1977 som var den forrige store reformen. Og det ble liksom sagt at det var ikke så store endringer, og at hovedstrukturen ble den samme med første og annen avdeling og et par mislykkede forsøk på integrering ved å flytte propedeuten til første avdeling. Det var en del andre viktige ting som også skjedde med den reformen. Det var framveksten av *allmennmedisin som fag* og *utplassering av praksis* som også kom på plass i løpet av den studieplanens levetid. Og likedan *medisinske atferdsfag* som fag, som også kom med studieplanen av 1977, så vidt jeg har skjønnt, da. Også *styrkingen av psykiatrifaget* var en faktor i denne endringsprosessen. Alt dette var vel ting som på en måte tvang seg fram på grunn av samfunnsbehov. Det kan være at det var lite og svakt og ikke nok og sånn, men det var viktige ting som skjedde med studieplanen av 1977.

Når det gjelder hvorfor det ble ny studieplan i 1996, er det en mangfoldig historie, men det er klart at kampen for å få et nytt Rikshospital på Gaustad er en veldig viktig faktor som gjorde at arbeidet kom fram til et resultat – at det var vilje nok til å starte den prosessen. Det var under Erik Thorsby som dekan. Han var veldig opptatt av utviklingen av Rikshospitalet og hadde samtidig en sønn som gikk på studiet og som var veldig opptatt av studiereform. Jeg tror det sammentreffet ikke var uten betydning, fordi den første kimen til studieplanen var at man nedsatte et utvalg for å se hvordan man kunne få til bedre integrering mellom prekliniske og kliniske fag ved at man fikk et sykehus ved siden av Preklinisk bygg. Etter hvert ble det et veldig viktig argument for å bygge Rikshospitalet på Gaustad. Etter hvert som en del andre argumenter falt bort i striden, ble det argumentet viktigere og viktigere i kampen om å få Rikshospitalet på Gaustad. Så det tror jeg ikke vi skal undervurdere.

*Ole Didrik Lærum:* Det som jeg skal si, angår både undervisning og forskning som en kombinasjon. Og det er, når en skal begynne å skrive denne boka, så ville jeg absolutt ønske at man skulle starte opp med å skrive en del om hva slags *institusjonstype* har vi i dag, og hva slags *rammevilkår* har vi? Og



*Figur 4. Fra venstre: Frode Vartdal, Erik Falkum, Lars Walløe (halvt skjult), Bjørn Hol (halvt skjult), Marit Kirkevold, Stefan Kutzsche, Jacob B. Natvig, Einar Kringlen, Kaare Norum, Stein Evensen, Åge Danielsen, Ole Berg, Jan Frich, Randi Gerd Øverland, Jens Andreas Wold, Mette Groseth Langballe, Jørund Straand. (Foto: Turid Jensen)*

grunnen er at i de siste ti årene har det skjedd en betydelig forandring blant universitetene i Norge som helhet. Vi har fått mange flere universitet og vi har fått en mye skarpere deling mellom *universitetstyper*. De nye universitetene der er først og fremst bygget på profesjonsutdanning på treårig nivå, har vært det i mange år før de tar steget og skal bli universitet, har ofte en meget svak grunnforskning, men veldig sterk anvendt del. Motsetningen til det, det er Universitetet i Oslo som har en veldig tung grunnforskning men også den anvendte delen. Og Universitetet i Bergen har hatt tilsvarende utvikling som Universitetet i Oslo. Men ser vi på NTNU, er det mye mer anvendt igjen, og teknologi. Det betyr ganske mye for hvordan man legger opp undervisning, fordi at skal man høste fra grunnfjellet der det virkelig skjer noe i dag, når man underviser studentene? Eller skal vi mer følge samfunnets krav om mer anvendte kunnskaper, slik at de kan brukes første dagen ute i felten?

Min konklusjon er – jeg har alltid hatt en fot på Universitetet i Oslo og er utdannet her– at Rikshospitalet alltid har vært dronningen blant norske medisinske forskningsinstitusjoner, og at det har kommet studentene til gode til de grader.

### *Teori og praksis i klinisk undervisning*

*Ivar Følling:* Ahus, den gang SIA, ble på nytt et universitetssykehus i 2001, en milepæl i fakultetets historie (Akershus Universitetssykehus). Stortingsvedtaket baserte seg på en utredning, «Blåboka», og fakultetet skrev der, sitat: «Intensjonen er å gjøre SIA til et fullverdig universitetssykehus på linje med fakultetets øvrige universitetssykehus med tilsvarende funksjoner innenfor forskning, undervisning og formidling.» Bakgrunnen var sykehusets egnethet med sitt brede pasientgrunnlag, dets tidligere universitetsfunksjon, landets behov for å utdanne flere leger, fakultetets ønske om å kunne tilby dette – det var allerede trangt for studentene i den kliniske undervisning – behovet for å styrke sykehusets rutinefunksjoner, og at det forelå planer om utvidelse av sykehuset.

Jeg har hatt mye med utredningen og oppbyggingen å gjøre og vil bruke det som basis for mer generelle vurderinger av utviklingen av den kliniske undervisning. Jeg ble den første kliniske lektor ved fakultetet på sekstitallet og på første halvdel av 1970-tallet var jeg undervisningsleder ved fakultetet, en jobb som kanskje ligner litt på den studiedekanen har nå. På denne bakgrunnen kan jeg i noen grad vurdere endringene i den kliniske undervisning. De utviklingstrekk jeg ser frem til nå, er følgende:

#### *Pasientgrunnlagets betydning:*

Det har vært en dreining av undervisningen til større vekt på vanlige enn på sjeldne sykdommer, og en styrke for Ahus på dette punkt var sentral for oppbyggingen, fordi vi har et bredt og representativt pasientgrunnlag, det vanlige og det mer spesielle. Pasientgrunnlaget medførte allokering av studenter, derav ressurser, derav kompetanseoppbygging, forskning og bedret diagnostikk og behandling.

Da vi skulle bygge et undervisningsmiljø, var det viktig at studentene fikk tilhørighet på sykehuset. Det innebar at de måtte føle seg hjemme der, bli kjent med folk og forhold og bli kjent på sykehuset. Det innebar at at vi måtte ha alle deler, klinikker, smågruppeundervisning, PBL-undervisning, kurs, journalopptak, avdelingstjeneste og eksamen hos oss.

Hvis studentene bare kom som kortvarige gjester, var det vanskeligere og mindre utbytterikt for dem. Det innebar også å bruke noen lærere som ikke hadde universitetsstilling. Vi la stor vekt på å bruke spesielt interesserte unge leger som hadde bred klinisk erfaring etter en del års tjeneste på sykehuset. Dette bidro til å spre universitetstankegangen også inn i sykehuset.

### *Direkte pasientkontakt:*

Studentene har fått mye mer av dette, og tidligere i studiet enn de hadde før. Og det har selvsagt gitt dem større klinisk erfaring og trening i å applisere teorien.

### *Mer opplæring i faglig kritikk*

Her har det skjedd store forbedringer. Det er innført opplæring i vurdering av faglitteratur og analyse av vitenskapelige publikasjoner. Noe slikt eksisterte ikke før. Innføringen har gitt studentene mye mer innsikt i at faglig informasjon må tas imot med kritikk. Undervisningen ble innført på flere trinn i studiet, og det er viktig at feltet også er kommet med til eksamen.

### *Integrering av basalfag og klinikk*

Den er økt og har bidratt til å bedre studentenes faglige vurdering. Å resonnerer faglig er langt viktigere enn å kjenne prosedyrer, fordi prosedyrer endres. Det vil alltid være en balansegang i et medisinsk studium mellom å utdanne til yrke og derav ferdigheter som straks kan appliseres, og på den annen side å utdanne til innsiktsfulle fagfolk som selv kan vurdere, følge med i utviklingen og bidra til den.

Vi gjør stor skade hvis vi bare går for *yrkesskole*. Det er en altfor snever ambisjon at studiet bare skal gi kompetanse til allmennpraksis. Studiet skal gi basis for videre utvikling i svært mange medisinske retninger.

Mitt inntrykk er at studentene i den perioden vi drøfter i dag, er blitt flinkere til å resonnerer medisinsk og fått god generell medisinsk basis.

### *Lærernes autonomi*

Den er dessverre redusert i den perioden vi skal belyse. Timeplanen er blitt innviklet, byråkratisk styrt og derav med fare for mindre faglig engasjement fra lærene. Det vi husker fra studiet, er i stor grad lærernes personlighet – menneskelig og faglig – mange av dem ble forbilder. Det er blitt mer grått nå, og det er synd. Dette fører også til at det er vanskeligere å endre opplegget. Faglig fornyelse av studieplanen kan bli mangelvare.

### *Snevrere lærere*

Mer enn før er lærerne blitt redde for å gå det minste utover sitt eget snevre fagfelt. Det er en generell tendens til øket spesialisering. Flere og flere har tatt sin doktorgrad ved å gå inn i et opplegg der tallene og metodene ligger ferdig, og de er et lite ledd i et stort opplegg hvor de selv lærer bare et lite hjørne av feltet. De har kanskje selv aldri analysert prøvene eller sett pasientene. Disse forhold medfører at undervisningen kan bli snever. Lærerne

våger i mindre grad enn før å ta pasientenes problemer opp i tilstrekkelig bredde.

### *Eksamen*

Det er innført flere multistasjonseksamener som vel stort sett er et gode fordi det gir bredere testing og stiller krav til å se det vesentlige. Karakterdebatten var hard i syttiårene, og karakterene ble senere fjernet. Debatten ble så nesten fraværende, men fortjener å reaktiveres.

### *Studentenes evaluering av undervisningen*

Det har fått langt større omfang enn før. Studentenes kritikk kan nok ofte være snever, men den har stor betydning. Ingen lærere liker å få dårlig kritikk, slik at fristelsen til å ta lett på undervisningsarbeidet blir mindre. Studentene har stort sett gitt positiv kritikk til oss på Ahus, og det har vært viktig.

### *Videre- og etterutdannelsen*

Jeg har vanskelig for å se noen dominerende endringer i den aktuelle perioden, bortsett fra at noen få deler av utdannelsen kan foregå elektronisk hjemmefra. Mange av fakultetets folk har lagt ned et stort arbeid i dette.

### *Til slutt, kampen om ressursene*

Det var en kamp om ressursene mellom universitetssykehusene. Det er forståelig, og det er greit til en viss grad. En viss konkurranse om å gi god undervisning kan også være bra. Og det er ikke noe godt mål at alt skal være likt. I oppbyggingen på Ahus hadde vi god støtte av fakultetsledelsen, og stort sett har samarbeidet med lærerne på de andre sykehusene vært bra. Men det er unntak der vi har opplevd stygge eksempler på dårlig kollegialitet. At det skulle gå ressurser til oss for å bygge opp et universitetssykehus, falt noen tungt for brystet. Vi erfarte også at i det gamle universitetsmiljøet var det en fast tro på at *vi er best*. Det gjaldt lærere, men gjennomsyret også holdningen fra nederst og helt opp til direktørnivå.

*Allmennmedisin* omtales senere i dag. I *psykiatri* og *atferdsfag* er det kommet store forandringer. De omtaler jeg ikke. Jeg føler meg for snever til å våge det.

### *Konklusjon*

Studiet er stort sett blitt bedre i den perioden vi diskuterer i dag. Studentene blir gode medisiner, langt bedre enn vi var da vi ble ferdige.



Figur 5. Fra venstre: Ole Didrik Lærum, Astrid Nøklebye Heiberg, Gunnar Bjune, Per Hjortdahl. (Foto: Turid Jensen)

*Frode Vartdal:* Eg var ung professor da Oslo96 ble innført og var slett ikke negativ til planen. Eg trur det var behov for mer integrering av klinikk og basalfag. Men det har en pris. Før da *eide* fagene – de hadde *en eiendomsrett til sine semestre*. Det trur eg at da blei fagområdene meir engasjert. Nå er fagområdene underleverandører i en lang prosess, i alle fall i en del fagområder, som fører til det som du sa, litt mindre engasjement blant lærerne, fordi forskjellige lærere i forskjellige fag leverer i forskjellige semestre. Fordi de *eide* semestrene, organiserte de egentlig sine semestre helt uten å involvere byråkratiet. Så det som er skjedd med Oslo96, er at det er blitt mer komplisert, mer byråkratisk og har trengt ressurser til det. Fordi dette er et veldig stort puslespill, er det vanskeligere å omrokkere planen. Så det har hatt sin pris, det har hatt sine positive sider, men det har hatt sin pris.

*Jens Andreas Wold:* Jeg skal si et par ting når det gjelder utfordringer i startfasen av Oslo96. Det første er at uansett hvor mange gode planer fakultetet hadde lagt, så vil det være sann at når det første kullet begynner, ser en at det blir en del forskjell på teori og praksis. Og det første kullet som altså startet høsten 1996 det ble av noen kalt *forsøkskaninene*. Det likte ikke Borghild og jeg noe særlig godt, så vi gikk over til å bruke ordet *pionérer*.

Det var god kontakt med det kullet, og vi fikk gjennomført en del straksiltak som studentene var relativt godt fornøyd med. Ellers var det en utfordring for de studentene som var i gammel studieordning, fordi en måtte

passe på at de ikke så å si ble glemt! For etter at en startet opp Oslo96, snakket fakultetet så å si bare om den nye studieordningen. Det var veldig lett å glemme at en faktisk hadde en studieordning som skulle gå i fem og et halvt år til.

Bare et par kommentarer når det gjaldt dette med dobbeltkjøring, som Borghild var inne på. Der var det slik at en gikk over fra en studieplan med 18 terminer til en studieplan med 12 semestre. Og der var det slik at fagene ble innfaset på litt forskjellige tidspunkter. De enhetene og avdelingene som fikk samme antall studenter som før, hørte vi ikke særlig fra. De fagene som fikk ingen studenter i et bestemt semester, hørte vi ikke noe fra. Men de fagene som fikk dobbelt så mange studenter i et bestemt semester, de hørte vi veldig mye fra. Og vi hadde noen ganske sterke møter, Borghild og jeg, med noen kliniske miljøer som selvfølgelig hadde store utfordringer med å få dobbelt så mange studenter som det de var vanligvis vant til.

*Kaare R. Norum:* Bare en kort replikk til *nye fag* ved universitetet – eller ved Det medisinske fakultet. *Ernæring* er faktisk blitt et nytt fag. Da (Ragnar) Nicolaysen sluttet – han hadde bare noen få forelesninger i fysiologi – fikk jeg et oppdrag av fakultetet om å se på hvorledes ernæring ble undervist. Det ble til at vi fikk en egen bolk i propedeutisk termin om ernæring. Da Oslo96 kom, ble ernæring et *integrert fag*. Det er gjort veldig mye for ernæringsfagets status ved fakultetet og er blitt et eksempel for andre fakulteter både i Norge og andre land.

*Jacob B. Natvig:* Et par ord om bakgrunnen for det nye Rikshospitalet. Jeg har fulgt Rikshospitalet på nært hold siden jeg ble utnevnt som overlege på Institutt for generell og revmatologisk Immunologi, IGRI, i 1966, var styremedlem på Rikshospitalet 1972 til 1976 og var direktør fra 1977 til 1986. Midt på syttitallet var det et stort overlegemøte på Rikshospitalet som enstemmig – eller det var én som var i tvil – enstemmig for øvrig, bestemte å gå inn for at Rikshospitalet skulle være der det var i overskuelig framtid.

Da jeg startet som direktør i 1977/78, var en av de første oppgaver jeg fikk fra Ruth Ryste som da var sosialminister, å lage en rammeplan for å fornye Rikshospitalet *der det var*. Den rammeplanen laget vi. Hele hospitalet var sterkt involvert og med på det. Men resultatet av planen ble at den mer eller mindre ble lagt på hylla, jeg tror både i Departementet og i Stortinget.

Det ble nokså snart klart for meg at dette allerede var en foreldet plan. På begynnelsen av 1980-tallet, rundt 1982-83, hadde jeg de første møter

med folk fra Selvaagbygg, Ole Gunnar Selvaag, og etter hvert kom Holteprosjekt. I 1985 la vi fram en plan for sosialminister Heløe om hvordan man kunne tenke seg et nytt Rikshospital *på Gaustad*. Slik at den prosessen med så å si å omforme Rikshospitalet fra et ønske om å bli hvor de var, til å være villig til å flytte til Gaustad, den startet ganske tidlig og pågikk over flere år, fordi dette var egentlig et helt nytt aspekt.

For meg, som gikk sterkt inn for Gaustad, var det selvfølgelig veldig viktig dette som vi er samlet om her, at dette ville føre oss nært sammen med Universitetet, Universitetets prekliniske institutter, og bygge en veldig fin framtid for aksen Rikshospitalet – Universitetet. Og at det ble slik, var en veldig flott ting. Alt det som senere kom inn med (Erik) Thorsby, har vært nevnt, og mange andre som førte dette prosjektet videre. Men de små *grunnleggende* planer om dette kom inn på et mye tidligere tidspunkt.

*Per Vaglum:* Jeg var dekan i årene fra 1990 til Oslo96 skulle starte. Det som hadde overbevist meg og gjorde at jeg gikk inn for dette hele tiden – og uten det hadde det aldri blitt gjennomført, hvis dekanatet ikke hadde gått inn for det – det var i sum at innstillingen hadde vist at hvis man skal lage nye studieplaner, må de være så radikale at hver eneste lærer blir nødt til å tenke seg om og eventuelt gi en ny type undervisning. Det var mitt hovedargument for å gå inn for Oslo96. Så jeg sa at det kan godt være at vi i 2016 kommer til å gå inn for den samme studieplanen som vi hadde, men da blir det like radikalt.

Motstanden var sterk, men den kom veldig seint, som den alltid gjør. Og basalmedisinen kom helt på slutten og hevdet at de ville få forferdelig mye mer undervisning. Jeg tok jo da noen stikkprøver rundt om hos kollegene på huset, Sigbjørn, og spurte hvor mye mer de ville få av undervisning. Og noen av våre biokjemiske kolleger fortalte at de istedenfor å ha *tre timer* undervisning i semesteret, så ville de nå få *fem*. Det var jo kanskje en av grunnene til at da til slutt Bjarne Waaler himself, dukket opp på mitt kontor like før de avgjørende beslutningene skulle tas, og prøvde å presse meg til å snu og legge hele saken død. Da var jeg ganske sikker på at det også var et tegn på at dette ville bli en studieplan som alle kom til å merke!

Det er klart at noe av det som ellers er skjedd i denne studieplanen vi har nå, i forhold til det vi hadde i tidligere år, er at de nå lærer *en fragmentert undersøkelse av pasienten*. Altså vi lærte å gjennomføre en klinisk undersøkelse av *en kliniker*, vi. Hvorfor kan ikke for eksempel Odd Geiran som sitter her, lære en student å gjennomføre *en vanlig, klinisk undersøkelse*? Hvorfor skal du, Odd, bare lære dem å lytte på hjertet, og så skal en annen lære dem å lytte på lungene, så skal en tredje lære dem å bevege på kneled-

det og så videre. Det er jo fortsatt slik. Det er kanskje den mest radikale endring man kunne gjøre i fremtiden!

*Elin Rosvold:* Da vet jeg ikke om det er det Odd Geiran vil svare på, men han har i hvert fall ordet nå!

*Odd Geiran:* Nei, det var ikke det. Jeg kom sent inn i studiearbeidet og kan ikke påberope meg noen historisk erfaring av betydning. Men det er tid til å reflektere ut fra den tiden jeg har vært med på dette. Da man bygde allmennmedisin som en tredje akse, gjorde man kanskje en bjørnetjeneste mot de gamle klassiske aksene i sykehus – eller i vårt fakultet, nemlig med indremedisinen og med kirurgien. For å holde oss til det kirurgiske feltet. Man mistet egentlig kirurgi som metode. Og særlig i en utvikling hvor kirurgi og kirurgisk metode er noe som ikke bare er i de mer eller mindre spesialiserte kirurgiske disiplinene, men også i de indremedisinske spesialitetene. Man har den samme indikasjonsstilling, man har ikke bare diagnostikk lenger, man har også terapi innenfor de forskjellige fagene. Og det tror jeg kanskje er en ting å reflektere over i den konteksten som vi er, vårt samfunnsoppdrag, det vi skal lære av i historien. Men vi skal sette oss også inn i fortsettelsen og se hva er det som blir viktig i tiden som kommer?

Det andre poenget som jeg tror er viktig, hvorledes sikre kvaliteten av vår egen undervisning? Er vi sikre på at det vi gjør er *godt*? Og det er samfunnsoppdraget for oss lærere.

Og det tredje er den samfunnskontrollen som samfunnet må utøve på hvilke kandidater vi faktisk uteksaminerer, ikke minst som ledd i den integrasjonen som vi ser i det globale. Hvorledes sikre at våre kandidater er både kompetente og konkurransedyktige i et globalt, verdens helsemarked?

*Sigbjørn Fossum:* Det er en dimensjon som jeg syns mangler her. Det er totalendringen som har skjedd i innhold i veldig mange av fagene. For å ta et fag som jeg selv har vært sentralt involvert i, det er det vi i dag kaller *cellebiologi*. Da vi begynte å studere, så hadde vi Fred Walberg som underviste i cytologi. Det var tyve i stil og omtrent null i innhold. Og ikke fordi Fred var kunnskapsløs, men det var simpelthen omtrent ikke mer kunnskap tilgjengelig. Like før vi begynte å studere var Institutt for medisinsk biokjemi opprettet med Otto Walaas som leder. Og Fred skjønte etter hvert at det var deler av biokjemien som også burde inn i den undervisningen. Han ba om at Bjørn Reino Olsen, som tilfeldigvis var hjemme da, om å overta undervisningen. Han laget et integrert opplegg. Det ble 23 forelesninger i cellebiologi som Bjørn holdt. Så dro han til USA, og det ble jeg som over-

tok det og hadde det i 15 år fremover. Det var hele cellebiologiundervisningen.

Lærebøkene som vi hadde på 1960-tallet i biokjemi i cytologi og genetik, var en vits hvis vi ser på dem i dag. Også i immunologi, hvis vi ser på Dick Henriksens lærebok i lys av hva som har skjedd av kunnskapseksplorasjon senere. Ikke minst innen basalfagene har det skjedd en betydelig konvergens mellom fagene.

Etter et påtrykk fra min venn og kollega Per Brodal, fikk vi så opprettet det første virkelig *integrerte* semesteret – nemlig *cellebiologisemesteret*, som jeg mener har vært en suksess, og som peker fremover mot en mer *tematisk organisering* av undervisningen også utover basalfagene, innad i kliniske fag slik som man prøver på Karolinska. Jeg syns derfor man må få fram at en av de sterkeste drivkreftene for endringen av undervisningen er den endring som skjer innad i faget.

## Andre utdanninger ved fakultetet

*Øivind Larsen:* Det er noen som gjerne ville tatt ordet, men ettersom de forskjellige emnene hører sammen, håper jeg at de momentene som noen ønsket å ta fram nå, vil komme igjen i diskusjonene etter de andre innleggene. Men vi er nødt til, for å holde timeplanen, å fortsette, og neste post på programmet er *andre utdanninger ved fakultetet*, for der har det skjedd noe i den perioden vi nå snakker om, nemlig at det er ikke bare leger og tradisjonelt legearbeid som undervises ved fakultetet. Ole Berg, du er innleder på det.

### *Videreutdanning i ledelse ved fakultetet*

*Ole Berg:* Vi var et uttrykk for en del av samfunnsutviklingen og hvordan den slo inn i Det medisinske fakultet. Vi etablerte altså et *ledelsesstudium*. Det kom i gang den 26. august 1986. Jeg skal si noe om bakgrunnen for det, litt om hvordan vi kom i gang, og litt om hva vi etter hvert er blitt.

Initiativet til etableringen av dette studiet ble tatt først av Den norske legeforening. Foreningen hadde nedsatt en komité, ledet av Kolbjørn Forfang, som skulle utrede spørsmålet om foreningen skulle opprette en egen lederutdannelse. Den kom med sin innstilling i 1983. I utgangspunktet hadde Legeforeningen vurdert om den skulle ta utgangspunkt i sitt eget firetrinnsopplegg, startet i 1977, men kom til at det var bedre om man fikk en «nøytral» utdannelse i regi av et universitet. Foreningen henvendte seg derfor nå, høsten 1983, til Det medisinske fakultet ved Universitetet i Oslo.



Figur 6. Fra venstre: Odd Geiran, Ivar Følling, Per Vaglum, Frode Vartdal, Erik Falkum, Lars Walløe, Bjørn Hol, Peter Kierulf, Marit Kirkevold, Turid Jensen, (flere skjulte personer), Kaare Norum. (Foto: Øivind Larsen)

I løpet av 1980-årene fikk vi profesjonsstriden. Det hang sammen med de endringene i helsevesenet og i medisinen som går enda litt lenger tilbake i tid, men som for alvor slo igjennom i 1970-årene. Disse endringene gjorde at legeyrket endret karakter fra å være et profesjonsbasert yrke, der den enkelte lege var autonom i yrkesutøvelsen, og standen som sådan nærmest kollektivt kunne diktere arbeids- og lønnsbetingelser, og ellers hadde et naturlig lederskap i klinikken, til et mer vanlig yrke. 1977 er det viktige året. Da ga Legeforeningen opp poliklinikkavtalen, og legene gikk over fra å være *frie profesjonelle* til å bli *arbeidstagere* – en utvikling som siden gradvis har fortsatt. Denne utviklingen har gjort at ledelsesoppgaven er blitt skilt mer og mer ut fra klinisk praksis, og er blitt spesialisert og profesjonalisert. I slutten av 1970-årene forsvant de administrerende overleger, de selvledende distriktslegene hadde forsvunnet i 1984. Helsedirektoratet ble i 1983 flyttet ut av Sosialdepartementet og mistet sin fagstyrepregede rolle. Det kom nå i økende grad inn «fremmede» ledere. Innad i klinikken, særlig sykehusklinikken, ble det imidlertid dragkamp om avdelingslederstillingene, spesielt mellom legene og sykepleierne. Denne skansen, avdelingslederskansen, ville legene holde. De skjønte imidlertid at skulle de klare det, måtte de kvalifisere seg for ledelsesutøvelse. Det var derfor Legeforeningen henvendte seg til Universitetet i Oslo – ved sitt «eget» fakultet.

Legeforeningen henvendte seg til fakultetet ved dekanus Ivar Hørven. Hørven reagerte positivt på henvendelsen. Det ble så holdt et møte hvor

en ble enige om å fortsette samtalene. Hørven ga klart uttrykk for at et utdannelsestilbud i helseadministrasjon burde ligge ved Det medisinske fakultet. Fakultetet henvendte seg til rektor, som da var Bjarne A. Waaler. Det var nå på slutten av hans periode. Han skulle sitte ut 1984.

Bjarne Waaler tok for så vidt positivt i mot henvendelsen, men han var også litt irritert – på seg selv. Før henvendelsen fra fakultetet kom hadde han snakket en god del med sin sønn, Hans Michael, som var distriktslege i Stjørdal, og som hadde klaget over at legene etter 1984 var skjøvet til side: De hadde ikke lenger noe innflytelse overfor politikere og administratorer, sa han. Noe måtte gjøres, mente han. Og Bjarne Waaler var selvfølgelig enig i det. Han var jo også sønn av sin far, Rolf Waaler, opprinnelig sivilingeniør. Via jernbanen hadde Rolf Waaler begynt å interessere seg for arbeidspsykologi og administrasjon og ble i 1950 kallet til et professorat, det første i arbeidsspsykologi og administrasjon, ved Norges Handelshøyskole i Bergen. Waaler senior fikk også snart startet AFF, altså Solstrandkursene. Så Bjarne Waaler var svært opptatt av ledelse og administrasjon. Hans irritasjon nå skyldtes at han ikke selv hadde tatt initiativet. Men da henvendelsen fra fakultetet kom, skrev han straks et notat og tok full kontroll over den videre prosessen. Han sa: «Dette har jeg tenkt på lenge, men altså – Legeforeningen kom meg i forkjøpet.»

Han gjorde det helt klart at egentlig hadde han hatt ideen *først*. Så det var *han* som var den som skapte det som skulle komme. Vi hadde antagelig ikke fått det til som vi fikk til, hvis ikke det hadde vært for ham.

Bjarne Waaler var straks ganske sikker på hvordan han ville gjøre det. Han hadde lest en del av det jeg hadde skrevet om medisinenes rolle og helsepolitikk, og hadde også blitt litt kjent med meg. Hans plan var å sette meg til å lage det nye studietilbudet (for leger).

Han kalte så inn – dette var senhøstes 1983 – dekanene ved de to fakultetene som var aktuelle, altså det medisinske og det samfunnsvitenskapelige, Ivar Hørven og Ottar Hellevik, leder for Studie- og utdannelseskomiteén for Universitetet, Knut Erik Tranøy og noen fra administrasjonen og ga ordre om at man skulle sette i gang med planleggingen av det studiet Legeforeningen ønsket. Han sa også at det burde oppnevnes en komité til å forestå planleggingen.

Nå gikk det raskt, og komitéen ble oppnevnt senhøstes 1983. Til å lede den satte han fakultetssekretær ved Det medisinske fakultet, Gerd Brevig Liestøl. Fra det medisinske fakultet kom ellers inn Odd Vellar. Jeg kom inn som representant for Institutt for statsvitenskap. Ellers var komiteens medlemmer Gunnar Bramnes, Økonomisk institutt, Peter Hjort, SIFF og, men noe senere, Martha Quivey, Oslo kommune, som representant for syke-

pleien. Vi startet utredningen 22. januar 1984 og hadde interessante diskusjoner. Det ble imidlertid også en del dragkamp fra første stund. Dragkampen gjaldt hovedsaken, nemlig hva slags lederutdanning dette skulle være.

Skulle det være en utdanning av ledere *primært* for klinikken, og til dels *primært for sykehusene*, hvor ledelsesoppgavene var størst, eller skulle det være en mer allmenn, helserettet utdanning?

Annerledes sagt, skulle det være en «master of public health»-utdanning eller en «master of health administration»-utdanning? Dette spørsmålet ble også diskutert i i USA, hvor den førstnevnte utdanningen var plassert i nærheten av medisinske skoler og den andre var preget av, eller lagt til, handelshøyskoler.

Jeg, som etter hvert kom til å dominere i komiteén, selv om jeg bare var vanlig medlem, gikk inn for en ledelsesutdanning rettet mot *klinikken*, mens Peter Hjort og Gunnar Bramnes ønsket en bredere, folkehelseorientert utdanning. Hjort og Bramnes sa det ikke tydelig, men deres argumentasjon trakk, slik jeg oppfattet den, i en slik retning. Det ble spenninger i komiteén, spesielt mellom Peter Hjort – som hadde vært min opposent da jeg disputerte – og meg. Vi forble gode venner så lenge han levde – men den gangen kom vi i disputt. Han spurte for eksempel hvem som stod bak planene om det nye studiet, og svarte at for det første er det Legeforeningen, som har sine profesjonsinteresser i kampen mot sykepleierne, og for det andre er det Universitetet som trenger Legeforeningens penger. Her skal det føyes til at Legeforeningen hadde sagt seg villig til å stille opp med 400 000 kr i året i en del år for å få det nye studiet i gang. Og så føyet Peter til: «Jeg stiller meg lunkent til begge disse interesser!»

Diskusjonen i komiteén ble også i noen grad preget av innspill utenfra, blant annet av en henvendelse fra OLL (Offentlige legers landsforening). OLL ønsket et tilbud som kunne gi et teoretisk grunnlag for en samfunnsmedisinsk spesialisering. Men, spenningene til tross, gradvis fikk vi det til. Det var Gerd Brevig Liestøl og delvis Odd Vellar, så lenge han var frisk, og jeg, som drev arbeidet. Jeg skrev alle notater, og til slutt innstillingen også. Den ble til slutt enstemmig, selv om ikke alle var like begeistret for den. Den kom i begynnelsen av oktober 1984.

Rektor Bjarne Waaler mottok den og kjørte den igjennom i hurtigtogsfart. Han ringte de to fakultetenes dekaner og bad dem gjøre raske vedtak. Det samfunnsvitenskapelige fakultet behandlet saken i sitt eksamens- og undervisningsutvalg. Utvalget gav sin støtte til innstillingen. Ved Det medisinske fakultet ble saken hastefremlagt for fakultetsrådet. Også det sa ja til innstillingen. Saksbehandlingen var imidlertid i begge fakulteter så rask at saken ikke ble skikkelig forankret noe sted. Det nye studiet som ble foreslått

opprettet var et «rart dyr». Det brøt med profesjonsstudiemodellen, men også med de almenakademiske studiemodellen. Det skulle skape en del problemer i årene etterpå. Det nye studiet antasiperte i noen grad den studiefilosofi som for alvor slo igjennom med Kvalitetsreformen i 2003.

20.11. 1984, altså like før nyttår, fikk Waaler forslaget om kandidatstudiet i helseadministrasjon igjennom i kollegiets arbeidsutvalg. Waaler skulle gå av som rektor ved årets utløp og han var ikke sikker på at en ny universitetsledelse (under Inge Lønning) ville følge opp saken med tilstrekkelig engasjement. Waaler begrunnet den raske, og litt ukonvensjonelle saksbehandlingen, med at det hastet med å få satt studiet i gang. Han mente det burde settes i gang høsten 1985. Det viste seg raskt umulig. Det kom i gang fra høsten 1986. Ja, det var så vidt vi klarte å få alt klart til det tidspunktet også. Mens vi hadde åpning av studiet i Rikshospitalets store auditorium den 26. august, med helseminister, helsedirektør, rektor, dekanus, legeforeningspresident og sykehusdirektør til stede, holdt snekkerne på med de siste fysiske tilpasningene i våre lokaler i tredje etasje på Hudavdelingen på Rikshospitalet.

Mangelen på universitetlig forankring gjorde at det nye studiet, og dets organisasjon, Senter for helseadministrasjon, fikk mange utfordringer i de kommende år. Ikke minst var utfordringene økonomiske. Fakultetet nølte med å øke bevilgningene så lenge Legeforeningen støttet studiet. Vi overlevde slik takket være Legeforeningens langvarige støtte. Den endelige institusjonalisering av studiet, og Senteret, kom i praksis med innføringen av Kvalitetsreformen. I forbindelse med at den kom fikk vi også, skjønt med et knapt flertall, Kollegiets tilslutning til å etablere to nye studier i helseledelse og helseøkonomi, et bachelorstudium på tre år og et (oppfølgende og internasjonalt) masterstudium på tre år – begge for yngre studenter som ønsket å satse på en helseadministrativ karriere. Vi så på de to studier samlet som et slags helserett siviløkonomstudium. Bachelorstudiet kom i gang høsten 2002, som en «test» av Kvalitetsreformen, og masterstudiet høsten 2005. Men også denne endelige institusjonalisering var avhengig av personer. Våre forslag ble støttet av rektor Arild Underdal, universitetsdirektør Tor Saglie og medisinerdekanus Stein Evensen. Som Bjarne Waaler var helt avgjørende for at vi kom i gang i 1986, var disse tre like avgjørende for at vi kom i gang med tilbudene i 2002 og 2005. Det hører med til historien at Underdal var og er min gode venn, at jeg veiledet Tor Saglie da han skrev sin hovedoppgave i statsvitenskap og at Stein Evensen tok kandidatstudiet i helseadministrasjon i 1988-89.

Senter for helseadministrasjon, siden Institutt for helseledelse og helseøkonomi og nå Avdeling for helseledelse og helseøkonomi ble etablert som

et studiesenter. Gradvis ble det også et forskningssenter og slik også på den måten en mer vanlig universitetslig fagenhet. Det var i første rekke de to neste ansatte (etter meg), medisineren Grete Botten og økonomen Tor Iversen, som sørget for det.

*Øivind Larsen:* Hjertelig takk for ditt innlegg! Da gjør vi det sånn at vi tar neste innlegg, av Nina Vøllestad, samtidig, for da kan vi diskutere de nye utdannelsene under ett. Vær så god, Nina!

### *Etablering av helsefaglige utdanninger ved fakultetet*

*Nina Vøllestad:* Jeg vil under denne bolken konsentrere meg om de utdanningene som i noen grad kommer innunder videreutdanninger og bygger på en profesjonsutdanning. Jeg vil starte med *sykepleievitenskap* som ble etablert ved Universitetet i Oslo i 1985. Det var et fagmiljø på tolv personer som ble overflyttet fra Norges Sykepleierhøyskole og ble lagt inn under kollegiet. Hensikten med dette det var å styrke utviklingen av sykepleievitenskap og gi den en sterkere vitenskapelig forankring.

I 1987 ble Margrethe Lorentsen ansatt som landets første professor i sykepleievitenskap ved Universitetet i Oslo. Noen år senere utviklet det seg behov for å forankre fagmiljøet ved et fakultet, og da var det en diskusjon om dette skulle skje ved SV-fakultetet eller ved Det medisinske fakultet. Dekan Per Vaglum var pådriver for å legge dette inn under Det medisinske fakultet, og begrunnelsen for dette var å holde faget mer pasientorientert. Mange ved fagmiljøet ønsket at det skulle knyttes til SV, på bakgrunn av at den forskningsinnretningen og undervisningen vi hadde i stor grad var forankret i samfunnsvitenskapene – i samfunnsvitenskapenes teorier og metoder. Det endte med opprettelsen av Institutt for sykepleievitenskap ved Det medisinske fakultet i 1993. Det var *administrasjon og ledelse* samt *fagdidaktikk* som var hovedtemaene i utdanningsprogrammene. Kort tid etter kom det også inn en *klinisk orientert* fagretning.

Utdanningen som ble tilbudt, var et embetsstudium med første og annen avdeling i sykepleievitenskap, og det var 40 studieplasser på begge nivåene.

Den neste utviklingen, og som delvis går parallelt med dette, var knyttet til hovedfaget *helsefag*. Bakgrunnen for dette var initiativ i departementet og universitetsmiljøene fra siste halvdel av 1980-årene. Det var særlig behovet for kompetanseheving blant lærerpersonellet ved høyskolene som var begrunnelsen for dette. Men det var også et klart ønske om kunnskapsutvikling for disse profesjonene.



*Figur 7: Jon Storm-Mathisen, Borghild Roald. (Foto: Øivind Larsen)*

Det ble etablert noen midlertidige utdanningstilbud, og disse fikk litt ulik organisering og innhold avhengig av hvem som var drivkrefter. Det var nokså tilfeldig.

KUF ba i 1992 Universitetet i Bergen om å ta initiativ til en nasjonal utredning for et permanent hovedfagstilbud for studenter med grunnutdanning i helsefag. Ole Berg og Ragnhild Knudsen var UiOs representanter i dette, og utvalget anbefalte opprettelse av toårig hovedfagstilbud, og at disse skulle legges til universitetene og ikke til høyskolene. For de tilbud som ble beskrevet for UiO, anbefalte man at utdanningene ble lagt til Det medisinske fakultet.

Deretter ledet Ole Berg et lokalt utvalg ved UiO for opprettelse av *hovedfaget helsefag*. Her anbefalte man et tverrfaglig hovedfagstilbud, i tillegg til en omgjøring av sykepleievitenskap til hovedfag. Det nye tilbudet skulle ha en vitenskapelig bredde som favnet biomedisin så vel som samfunnsfagene.

Våren 1995 forelå det en skisse til hovedfagstilbudet, og man utlyste stilling som professor. Den 6. september 1995 startet derfor hovedfagsstudiet opp i Det medisinske fakultet med hovedfaget *helsefag, studieretning omsorg og rehabilitering*. Målgruppen var sykepleiere, fysioterapeuter, ergo-

terapeuter og vernepleiere. Det skulle bidra til kompetanseoppbygging og skulle styrke kunnskapsgrunnlaget for det kliniske arbeidet. Rammen var 30 studenter.

For å si det forsiktig, var det en svært kort planleggingstid. Seksjon for helsefag ble altså etablert med tilsetting av meg som professor en måned før studiestart. Kort tid etter ble også en administrativ person tilsatt, og vi drev dette i ett og et halvt år før nestemann ble tilsatt. Da tok det enda noen år før vi ble flere.

Det var ikke naturlig å knytte dette fagmiljøet til noen av de eksisterende instituttene eller instituttgruppene. Seksjonen ble derfor organisert *direkte under dekanus*. Fagmiljøet er gradvis utvidet til i dag, og har seks faste vitenskapelig tilsatte i fulltidsstillinger. Til forskjell fra sykepleievitenskap har dette miljøet kunnet rekruttere velkvalifiserte kandidater til de vitenskapelige stillingene, mens ansatte ved sykepleievitenskap, med noen få unntak, måtte kvalifisere seg gjennom doktorgradsarbeid. Det er en vesentlig forskjell i hvordan et fagmiljø bygges. Dessuten har helsefagmiljøet kunnet styre kompetansesammensetningen ved å få inn både naturvitere som meg selv, og samfunnsvitere. Og i tillegg har det vært viktig å få en bredde i profesjonsbakgrunnen, på bakgrunn av at det ikke bare skulle «serve» én profesjon.

Høsten 1998 ble så *studieretning for sykepleievitenskap* opprettet innenfor *hovedfaget helsefag*. Og det erstattet *embetsstudiet*.

I 1998 så fikk vi også *masterprogram i internasjonal helse* ved Institutt for og allmenn- og samfunnsmedisin. Bakgrunnen for dette var en langvarig internasjonal kontakt som førte frem til at man ønsket å tilby et mastergradsprogram med tanke på å skolere leger og annet helsepersonell i utviklingsland, slik at de i større grad kunne ta del i forskning og fagutvikling i eget land. Helsefremmende og forebyggende arbeid er særlig vektlagt.

På starten av 2000-tallet ble *kvalitetsreformen* arbeidet frem, noe hovedfagsstudiene måtte forholde seg kraftig til. Hovedfaget *helsefag* måtte gjøres om og tilpasses kravene og forventningen som var innbakt i den nye reformen. Begge studieprogrammene gjennomgikk derfor en stor forandring, og særlig ble det arbeidet med nye former som kunne bidra til bedre gjennomstrømning av studentene. Ett grep som ble tatt, var å arbeide frem modeller som i større grad ledet studentene til å *lære seg forskerhåndverket* og ikke så mye *om metoder*. Det ble innført mer erfaringsnære undervisningsformer i begge programmene. Og noe av dette var bakgrunn for at i 2011 så fikk masterprogrammet i helsefagvitenskap *HD's pris for fremragende arbeid med utdanningskvalitet*. Mastergradsprogrammet internasjonal helse hadde fått tilsvarende pris i 2010.

Høsten 2011 startet et nytt mastergradsprogram i *avansert geriatrik sykepleie*. Bakgrunnen for dette er noen annerledes. Det er knyttet til et samfunnsbehov, med økt behov for kompetanse innenfor geriatri. Dette fagområdet blir stadig viktigere i det norske samfunnet, siden antall eldre over 80 år er i stadig vekst. Målgruppen for studiet er erfarne sykepleiere som ønsker en klinisk spesialisering og faglig videreutvikling innenfor geriatri. Marit Kirkevold er her helt sentral for utviklingen av studiet, og hennes brede nettverk har vært uvurderlig for å få det til. Ved sin kliniske orientering skiller dette tilbudet seg noe fra alle de andre masterstudiene jeg har snakket om.

Det har hele tiden vært en hovedmålsetting med masterstudiene å bidra til kompetanseoppbygning og forskning og utvikling av kunnskapsgrunnlaget for fagutøvelsen i hele sin bredde. Dette ser vi resultater av ved at en stor andel av studentene går videre i doktorgradsprosjekter.

Avslutningsvis vil jeg nevne at vi som har arbeidet med disse studiene, har oppfattet opprettelsen og omarbeidelsene av disse studiene som hovedsakelig drevet frem *fra samfunnets behov*. Vi har fått støtte fra fakultetets ledelse, men vi har fått være i fred for påtrengende oppmerksomhet og interesse for å styre vår utvikling.

*Jacob B. Natvig:* Til Ole Berg. En ting som vi i alle fall sørget for relativt greit, var lokalisering. Dette var i min tid som direktør, og dette var i tråd med mine sterke ønsker om å styrke relasjonene til fakultetet, og dere fikk gode lokaler på Rikshospitalet.

Det andre som jeg ville bare spørre om, det er, er det naturlig å ta opp spørsmålet om legers videre- og etterutdanning her? For jeg vil gjerne si et par ord om det. Hvis ikke det er noe annet sted, så er dette også *andre utdanninger ved fakultetet*. Og hvis jeg får lov, vil jeg bare påpeke at komitéen for videre- og etterutdanning ved Birger Kaada i svært mange år gjorde en kjempeinnsats for undervisning ved fakultetet i videre- og etterutdannelse. Det var ikke minst viktig i de nyere fagene. Jeg kom veldig tidlig inn i hans komité og ble også leder for den under komitéen som var for forskerkurs. Innenfor immunologien som nytt fag hadde vi en stor gruppe med kolleger og andre som ikke hadde hatt noen undervisning i dette i sin egen studietid, og hvor det var store utfordringer med kursing i dette, både når det gjaldt laboratorieteknikker, men også med klinisk immunologi. Og Legeforeningen publiserte flere tidsskriftshefter som var spesialhefter knyttet til områder vi hadde, for eksempel et i *klinisk immunologi*, som da var en del av opplegg for videre- og etterutdanning.

*Øivind Larsen:* Ja, takk for det. Ja, det er helt riktig. Det er noen temaer som er store og viktige, men som vi simpelthen ikke har kunnet ta opp innenfor rammen av dette seminaret. *Legers videre- og etterutdanning* er et slikt tema. Og som dere ser av programmet: *Forskerutdanningen* er også et annet slikt tema som vi bare her rekker å nevne i diskusjonen. Da gir jeg ordet videre til Kaare R. Norum.

*Kaare R. Norum:* Når det gjelder nye fag ved fakultetet, bør også ernæringsfagene nevnes. Det var Ragnar Nicolaysen som innførte en egen avdeling for ernæringsvitenskap ved Den Nordiske Husholdshøyskolen med elever som kom fra Norden. Og den utdannelsen var ganske rar, for de *ansatte* ved ernæringslinjen var ansatt ved Det medisinske fakultet. Men *studentene* var registrert ved Det matematisk-naturvitenskapelige fakultet til å begynne med. Det er nu endret, og studentene er nu også en del av Det medisinske fakultet. Ernæringsfaget har fått flere studenter. Det er nu mastergrader og doktorgrader for ernæringsstudenter. Bare så det er nevnt. Ernæringsfaget er relativt bredt omtalt i Universitetets 200-års jubileumsbok. Det er Bent Sofus Tranøy som har skrevet det kapitlet. Der står det ganske meget.

*Per Vaglum:* Bare for å supplere litt når det gjaldt Institutt for sykepleievitenskap – til historien. Det var slik at det ble opprettet i 1985, og så lå det rett under kollegiet. Det var ikke knyttet til noe bestemt fakultet. Dette pågikk i årevis og det var åpenbart at det måtte skje en endring. Men de ville ikke bestemme seg hvor de skulle. Så hadde Universitetet et møte oppe på Geilo, og der ble jeg sittende sammen med Kjellaug Lerheim som da var leder for Institutt for sykepleievitenskap. Og så forsto jeg jo på henne at grunnen til at de ikke ville til medisin, var at de var livredde for at legene skulle sluke dem og bare feie dem unna og ikke bry seg om dem.

Så gikk vi da tre timers tur i snødrevet på Geilo. Da vi kom tilbake derfra, var vi blitt enige om at de snarest skulle komme til Det medisinske fakultet, og at Dekanus skulle holde sin hånd over dem så lenge det var. Men jeg stilte en betingelse, nemlig: Dere må sette i gang med én gang med klinisk forskning. Og heldigvis kom Marit Kirkevold blant annet – for ellers ville de ikke blitt akseptert på medisin.

Og så kom helse hovedfag. Da husker jeg også vi var veldig skeptiske. Har vi de rette personene? Ja, hun sitter akkurat der – Nina Vøllestad. Og dermed gikk også det igjennom uten veldig mye strid. Det er morsomt å se hvordan det har utviklet seg videre.



Figur 8: Fra venstre: Astrid Nøklebye Heiberg, Gunnar Bjune, Per Hjortdahl, Bjørn Østberg. (Foto: Øivind Larsen)

*Øivind Larsen:* I flere innlegg har Marit Kirkevold vært nevnt, og nå har hun ordet. Vær så god!

*Marit Kirkevold:* Ja, jeg har jo vært med siden 1990 og har synes at dette har vært en utrolig spennende reise. Det er helt klart at det at vi kom til Det medisinske fakultet, har preget utviklingen av sykepleievitenskapen på helt grunnleggende måte. Da vi først kom inn på Universitetet, var det primært fordi det var behov for å skolere lærere til høyskolene, de nye, altså sykepleieutdanningen. Og vi hadde også ledelse som fokus. Det at vi kom innenfor Det medisinske fakultet, gjorde at vi ble tvunget – men jeg tror også at det var ønsket – til å orientere oss mer mot *klinisk forskning*.

Jeg tror at det som har vært utfordringen vår, har vært å finne balansen mellom det som historisk har vært forankringen, Norges Sykepleiehøyskole, som da faktisk har en 60-årig historie før vi ble etablert ved Universitetet i Oslo.

Nina var inne på at i motsetning til helsefag, så måtte vi *skolere oss opp* før vi faktisk kunne gå i gang med den kliniske forskningen som vi etter hvert har orientert oss mot. Sann at samtidig med at vi ble etablert, var det bare et par som hadde doktorgrad. Det har skjedd enorme endringer i løpet av den 30-årsperioden som snart er gått siden vi ble innlemmet ved Universitetet i Oslo.

*Sigbjørn Fossum:* Utgangspunktet mitt er at det er en del fag som har kommet til, men det er også en del svært viktige fag som ble borte som undervisningsfag. Og dette dreier seg om det som Øivind tok opp helt fra starten av, balansen mellom det teoretiske og praktiske, dette om vi først og fremst er *en yrkesskole* eller er det *et akademisk studium*? Og jeg selv håper at det skal være veldig mye det siste. Det er ikke minst blitt mulig å gjøre for eksempel medisinerstudiet til et akademisk studium i løpet av de siste 30 årene på grunn av den kunnskapsekspløsjonen som har vært, ikke bare i basalfagene, men også innen patologi, kreft, vi snakker ikke lenger om *kreftgården*, men det er løst opp i tusenvis av spørsmål om detaljer. Og det samme kunne vi kanskje si om livet selv.

Det er mulig å gjøre dette til et akademisk studium som er grunnet i faget *kjemi*. Men faget kjemi det er blitt borte. Det ble borte med Oslo96, og jeg var med i fakultetsrådet hvor det ble bestemt. Og jeg tror det var Per som var dekanus. Og det var med stort flertall bestemt at det skulle vekk. Jeg var en av tre som stemte imot. Jon Bremer var den andre, jeg tror Thoralf Christoffersen var den tredje. Det som ble bestemt, var at det nå skulle være tilstrekkelig med det grunnlaget som studentene tok med seg med kravet om 3KJ med full fordypning med god karakter. Dere vet hva som har stått i pressen om realfagskunnskaper fra videregående. Det er *ingen* overdrivelse, snarere tvert om. Det er katastrofalt dårlig. De kan *ingen verdens ting*, og det syns jeg er dessverre en stor svakhet med den nåværende studieplanen.

*Gunnar Bjune:* Internasjonalisering er blitt nevnt som et stikkord et par ganger, og det slår meg at internasjonalisering ved Universitetet i Oslo og ved Det medisinske fakultet har fulgt en litt spesiell linje, av to grunner:

Den ene er at Morten Harboe må nevnes som en veldig sentral person. Da han kom tilbake etter å ha lært seg basalimmunologi i utlandet, skulle han etablere et nytt fag ved Universitetet som de fleste av oss vel så på som det mest unyttige fag man kunne tenke seg. Noe av det første som skjedde etter at han var kommet tilbake til Norge, var at han fikk interesse for den store verden.

Og her skjer det andre og helt spesielle i utviklinga, nemlig at det etableres et veldig nært samarbeid mellom Universitetet i Bergen og Universitetet i Oslo. På dette feltet har vi virkelig ikke vært *konkurrenter*, men vært *pådrivere for hverandre*. I Bergen fikk de ganske raskt gjennomslag for idéen om en internasjonalisering med en profil som nok passa det norske lynnet godt, fordi det tok opp i seg interessen for den tredje verden. Den var ikke bare fokusert på å se på de mest prestisjerike områdene av verden. Og Ole

Didrik Lærum, du var en av pådriverne. Bjarne Bjorvatn var vel implementator i å få i gang det som nå er blitt et Centre of excellence i Bergen.

I Oslo hadde vi nok mindre ambisiøse planer. Vi hadde lært i patologien at ondartede tumorer er mer suksessrike fordi de vokser ved infiltrasjon og metastaser, i stedet for ved ekspansjon som hadde vist seg vellykket i Bergen. Og noe av det første som skjedde etter at jeg overtok etter den første professoren i internasjonal helse i Oslo, nemlig Staffan Bergström, var at vi fikk nedsatt – eller rettere sagt fakultetet nedsatte – et utvalg som skulle se på muligheten av en etterutdanning, postgradual etterutdanning, og vi hadde store ambisjoner. Vi tenkte å få til en sammenslåing av *Berg-kurset* som inneholdt *administrasjon og økonomi* som vi så på som veldig viktig, og *offentlig helsearbeid* som vesentlig foregikk på Folkehelse, og med et *globalt perspektiv* som overrekkende. Det mislyktes dessverre, men i 1998 fikk vi da satt i gang kurset *Internasjonal helse*.

Og det interessante er jo at utviklingen ved fakultetet med den store inndelingen i de tre enhetene med en samfunnsmedisinsk avdeling i fakultetet. Og Institutt for helse og samfunn har egentlig fulgt opp veldig mye av de opprinnelige integreringsidéene som vi hadde i 1997 i det utvalget.

*Jacob B. Natvig:* Jeg kommer tilbake, fordi jeg forstår at det også blir snakk om nye fag. Og jeg skal si to ting om *immunologi* som et nytt fag. Morten Harboe er nevnt, og han var en av grunnleggerne av immunologi som fag her i landet. Men ved siden av ham ble også vårt institutt og Vevstypelaboratoriet på Rikshospitalet med Erik Thorsby nøkkelfunksjoner i det. Det interessante er at mens Morten Harboe var knyttet til fakultetet, så var verken IGRI, altså mitt institutt der, eller Vevstypelaboratoriet med Thorsby knyttet til Universitetet, og utviklet seg egentlig da til ganske store og sterke både forskningsmessige og servicemessige laboratorier utenom fakultetet. Faktisk var det enkelte folk, blant annet Fredrik Mellbye, som sa til meg at det var en viss fordel at jeg var underlagt Rikshospitalet som en avdeling og ikke var på fakultetet. For jeg hadde mye større frihet som overlege på Rikshospitalet til å utvikle IGRI. Og det interessante var faktisk at da jeg var blitt direktør, var Morten Harboe så interessert i å komme inn å overta lederstillingen på vårt institutt at han kom til IGRI og ble professor og overlege. Først i 1983 ble altså instituttet vårt et fakultetsinstitutt, mens vi hadde startet i 1966-67.

*Borghild Roald:* En må ofte se bakover for å se fremover. En av de store utfordringene som fakultetet helt opplagt kommer til å få fremover, er nettopp *legers videre- og etterutdanning*. Det går også på spesialisering av

helsepersonell i et bredere perspektiv og vil også involvere de andre helseprofesjonene i fakultetet.

Et stort arbeid foregår akkurat nå i HoD – Helse- og omsorgsdepartementet. Ønsket er å få en slags enhetlig struktur på alle spesialistutdanninger – eller videreutdanninger i helsefag. Spesialistutdanning og videreutdanning av leger startet på begynnelsen av 1900-tallet i regi av Legeforeningen. Jeg husker ikke akkurat tidspunktet, men rundt 1950-tallet tok Legeforeningen kontakt med universitetet for å få organisert de såkalte universitetskursene som teoridel av spesialistutdanningen. Alle de fire fakultetene har nå egne utvalg for legers videre- og etterutdanning med ansvar for godkjenning og struktur på disse kursene.

Utfordringen nå til dekanatet er å ta mer styring sammen med de andre dekanatene. Der er kjempeviktig.

Apropos utfordringer. Odd Geiran fortalte nettopp om kirurgifaget som nærmest holdt på å forsvinne fra Oslo96. Jens Andreas Wold var også inne på: Da vi skulle implementere denne vedtatte studieplanen som Per Brodal hadde fått igjennom fakultetsrådet med hurtigtogs fart, fant vi mange mangler. Blant annet var det blitt en del forskyvninger mellom fagene som var kommet i de litt løse og svært vekslende utformede semesterplanene som var vedtatt. Noen fag, som for eksempel *hematologi*, hadde ekspandert enormt, mens *kirurgifaget*, helt riktig som Odd sier, nesten var borte. Jeg husker jeg gikk til Odd og viste ham den vedtatte nye studieplanen Oslo96 og sa: «Du kan ikke mene dette her, at kirurgi skal bli borte!» Det skyldes at kirurgene nesten ikke hadde vært til stede på semesterutvalgsmøtene der planene ble utformet!

Odd og jeg satt derfor på hans kontor og laget en kort skisse om hvordan kirurgien skulle være i studieplanen, og slik ble den implementert i nåværende plan. Dette understreker hvor viktig den pågående faglige revisjonen er.

*Nina Vøllestad:* Det er jo helt klart, og vi ser det av programmet også, vi har en veldig sånn todelt utdanningsstruktur på fakultetet. Men jeg tror – altså når jeg sa det jeg sa til slutt i mitt innlegg, så tror jeg likevel at det grepet som dagens dekanat gjorde med å få en egen dekan for bachelor- og masterstudiene, det tror jeg har vært veldig bra med tanke på å få en bedre integrasjon av de studiene.

Og jeg tror det ligger veldig til rette etter en sånn periode som vi har hatt, med å tenke også mer overlapping mellom utdanningsstedene. Det er for store skott mellom disse. Og det ser vi i historien at her er det mye ubrukte krefter, og det er mye muligheter for å få dette til. Så det tror jeg



*Figur 9: Lars Walløe. I bakgrunnen gjør Morten Ariansen lydopptak. (Foto: Øivind Larsen)*

at historisk sett, de siste to årene med en ny dekan – de tror jeg kan brukes på en slik måte.

*Marit Kirkevold:* Når det gjelder internasjonalisering, vil jeg bare minne om at en av grunnene til at man lot seg overbevise om at sykepleievitenskap skulle inn på universitetene på 1980-tallet, hadde å gjøre med at sykepleievitenskap var etablert internasjonalt og hadde en dokumentert forskningsaktivitet. Uten det hadde man ikke klart å overbevise universitetene om at de hadde noe som helst ansvar for denne type fag.

Når det gjelder integrering i fakultetet, så tror jeg at ledelsen ved Det medisinske fakultet systematisk har lagt forhold til rette og støttet for at vi skulle få et rom, ellers hadde det ikke gått, sånn som Nina var inne på. Samtidig tror jeg at de grepene som man har gjort med at man nå er del av *et større institutt*, gradvis har gjort det mye lettere å få til et samarbeid på tvers med medisinerne og andre i fakultetet. Sånn at det har skjedd en fin utvikling både på forskningssiden, og etter hvert også på undervisningssiden når det gjelder vekselvirkning mellom sykepleien og helsefagene og medisinerne. Det siste grepet er *mastergraden i avansert geriatrisk sykepleie*, der

man faktisk har tatt et ansvar for at man også skal bidra med undervisning av sykepleiere blant medisinerere, altså ekspertisen innenfor dette feltet. Så jeg syns at det har skjedd en betydelig integrering som også organiseringen har understøttet.

*Jan Frich:* Jeg tenker at noe av temaet her er å forstå *drivkrefter for endring*. Og så har vi dette søkelyset mot introduksjon av nye fag, og så endringen av bestående fag eller studieplaner. Men også nye fag blir etter hvert bestående og blir gjenstand for endring, i sin tur. Da vil jeg særlig innenfor medisinstudiet løfte frem *studentenes rolle* i dette, som jeg tror har hatt en vesentlig, om ikke en fjern drivkraft, så i alle fall en nær drivkraft og kanskje også en mulighetsbetingelse for at Oslo96 ble innført. Det ble skapt et klima av entusiasme og engasjement, særlig i forbindelse med reformen i første avdeling, hvor studentene fikk en forståelse av at endring kunne være til det bedre. Flere krefter dro sammen og var på en måte lojale og støttet opp om endringsprosessen.

Så jeg vil kanskje si at hvis man skal endre studier som er bestående fag, og neglisjerer studentenes rolle i det, vil man få en ganske hard tid i forhold til å implementere endringer. Så bare at vi har med oss det perspektivet.

*Bjørn Østberg:* Jeg skjønner at rammen for dette aktørseminaret er det det er, men det slår meg mer og mer at et par elementer kanskje blir borte, nemlig innflytelse utenfra. Og innflytelse fra før 30-40 år tilbake. Det ville være en skam, etter mitt skjønn, å gå herfra uten å nevne Alf Brodal som allerede i 1961, faktisk i et studenttidsskrift, «Inter Medicos», skrev om «Bør vår plan for det medisinske studium forandres?». Det førte til et større debattnummer i Tidsskrift for Den norske legeforening.

Likeledes var det slik at Ole K. Harlem riktignok ledet en departementsoppnevnt komité som laget idéskissen til studieplanen i Tromsø, men hvilken innflytelse har disse idéene utenfra hatt også på de interne prosesser ved vårt fakultet her i Oslo? (Lorentz) Eldjarn og Harlem gjorde betydelige reiser den gangen og brakte impulser inn. Spørsmålet om studentenes *tidlige møte med pasienter* var en vital ting den gangen. *Medisinske atferdsfag* var et nytt element som ble nevnt. Jeg ser Lars Walløe nikker, og vi var jo sekretærer sammen for den komitéen, så derfor kan vi kanskje huske lengre tilbake enn 35 år fra i dag. Dette er 35 år før 1996. Og kanskje burde Øivind Larsen passe på å gå enda lenger tilbake, for noen av oss var jo også utfordret og så heldige å ha Hans Jacob Ustvedt som leder av eksamens- og undervisningsutvalget og samarbeidet med ham. Og han foreslo allerede for over femti år siden at de medisinske studenter skulle legges inn på sykehus en

uke, slik at de skulle kunne oppleve hvordan det var å være pasient. Det ble nedstemt av de kirurgiske professorer, i følge Hans Jacob Ustvedt, fakultetet kunne jo komme i erstatningsansvar.....

Så at historikken som skal nedskrives, på en måte ikke glemmer disse impulsene utenfra – og kort:

Birger Kaada gjorde en kjempeinnsats når det gjaldt kurs. Men det som var viktig, var å få brakt Kaada inn i en større sammenheng, og det hadde jeg gleden av da jeg i starten var leder av spesialitetsrådet i Legeforeningen. Samspillet mellom fakultetet, ikke bare fakultetet i Oslo, men også de andre fakultetene når det gjaldt kursundervisning og den teoretiske undervisning er viktig. Som Berg og sikkert Hjortdahl senere kommer inn på, Legeforeningens pådrift for å utvide perspektivet i forhold til de tradisjonelle tingene som var forankret i fakultetet. Dette er en historie som bør tas med utenfra.

Og det var da faktisk, apropos det du sier om studentenes innflytelse, det var to studenter som sammen med Kristian Kristiansen og Bernhard Getz i 1960 eller der omkring skrev et brev til Det medisinske fakultet at det gjaldt å få opprettet et professorat i medisinsk historie slik at man klarte å ta vare på de lange linjer. Heldigvis er det blitt realisert, og Øivind som var en av forslagsstillerne, er en av de første som var ivrig og bredt engasjert i å ta vare på kunnskap om de lange linjer... (latter i salen)

*Lars Walløe:* For det første vil jeg da bekrefte og være enig i alt det Bjørn Østberg nettopp sa om det arbeidet som skjedde rundt den såkalte Harlemkomiteen. Bjørn og jeg skrev innstillingen. Veldig mange av de diskusjonene som nå blir referert til i forarbeidet til Oslo96, skjedde allerede i Harlemkomiteen som arbeidet i året 1967-68.

Det var ikke derfor jeg ba om ordet. Det var for å komme tilbake til den revolusjonen som foregikk i begynnelsen av 1990-årene for å få Oslo96 på plass. Den førte jo også til en del – vi kan kalle det feilgrep – eller i alle fall endringer som ikke ble så vellykkede. Sigbjørn Fossum var inne på en av dem. Altså, det er klart at det kjemifaget som var før, var for stort, og det var undervist av lærere som ikke hadde noe særlig tilknytning til medisin. Men det er også klart at i 1996 *kastet man alt ut*. Det fortonte seg som den eneste radikale måten å komme videre på. Mens det var opplagt for meg den gangen, og det er det fortsatt, at vi burde ha beholdt noe av de mer fysikalsk-kjemiske emnene som er en nødvendig forutsetning for veldig mye av det som skjer i de mer teoretiske delene av medisinen.

Et annet aspekt er at noen fag – og nå kommer jeg tilbake til noe av det Frode Vartdal sa – noen fag mistet mye av sin identitet og fikk ikke presentere seg på en måte som faget fortjener og forståelsen av faget fortjener. Jeg

skal ikke bruke mitt eget fag som eksempel, for det er ikke det jeg først og fremst tenker på. Jeg tenker på *farmakologi* som nå er blitt spaltet opp i en masse smådeler, hvor man lærer om farmakoterapi for bestemte sykdommer, men man får ikke noe generell innføring i prinsippene for hvordan farmaka virker. Og det er ett eksempel på det Frode Vartdal nevnte.

## Kvinner i fakultetet

*Astrid Nøklebye Heiberg:* Ja, ærverdige forsamling, jeg har fått gleden av å skulle snakke om kvinner i fakultetet. *Hvor er de?* Jeg har sjelden vært i en situasjon hvor det miljøet jeg snakker i, er mer passende for mitt tema, hvis dere ser rundt dere nå. Det illustrerer på veldig mange måter nettopp *kvinner i fakultetet*.

Og hvorfor er det blitt sånn? For det ene så er det relativt nytt med kvinner i (lege)profesjonen i det hele tatt, selv om vi har lest og hørt om Marie Spångberg som døde som Marie Holth, men det var nå så. Men kvinner i akademisk tradisjon innen medisin *er* relativt nytt. Vår første professor i medisin som var kvinne, var Kirsten Kjelsberg Osen i 1971, men hun var professor i Tromsø.

Når det gjelder vårt fakultet, er det faktisk jeg som har gleden av å være den første kvinne som tok doktorgrad i psykiatri i ved vårt fakultet – ved vårt universitet, og den første som også ble professor i psykiatri.

Og hvorfor er det sånn? Hvis jeg får lov til å gå tilbake femti år, er det akkurat den tiden som jeg var ferdig som cand.med. Da vi begynte på mitt kull, var vi 14 kvinner av 101 studenter. Og det var jo et veldig gunstig utgangspunkt, egentlig, for andre aktiviteter. Men vi var altså veldig, veldig «sjeldne». Vi var såpass sjeldne at noen av våre mannlige kolleger også nevnte for oss at det var litt synd, da, at vi tok opp plassen som var så dyr og som var så vanskelig å komme inn på, når det var såpass mange greie gutter som egentlig kunne ha gjort nytte for seg etterpå. Vi skulle allikevel gifte oss. Noen av oss antydte at det var ikke sikkert at vi kom til å gjøre det, men der tok vi jo stort sett feil.

Hvem hadde vi som rollemodeller gjennom studiet? Vi hadde i biokjemi en som var dosent, Eva Walaas, som var veldig kontant og litt barsk. Og vi var litt usikre på om det var sånn vi ville bli. De sa det var hun som hadde skrevet doktoravhandlingen til mannen sin også. Det likte vi godt å høre. Vi vet ikke om det er sant.

Så hadde vi i barnepsykiatri Hilchen Sommerschild. Hun var lærer i dosentur, men hun var nesten alltid gravid, så henne så vi ikke så mye til.

Så hadde vi Aagot Christie Løken som også var lærer i dosentur. Det var dem vi hadde.

Det hang sammen med at det å være kvinne i medisin, det var avvikende nok. Det å skulle begynne å tenke på at man skulle kvalifisere seg akademisk, det var egentlig ganske fjernt. Og det vedble å være sånn. Da jeg begynte å strø mine papirer utover spisetuebordet, etter at det var blitt ledig etter mannen min var ferdig med det, kom det fra våre barn: -» nei, nei, «morer» de skal ikke gjøre sånn»-

Hvor de hadde lært det, det vet jeg ikke. Jeg tror det var i barnehagen. Men det sitter der og det er der fremdeles. Og det som også er interessant i den sammenhengen, er noe med rekrutteringen, basen for det.

Da jeg kom inn i fakultetsrådet i 1979, oppdaget jeg plutselig at jeg var nesten helt alene, det var ingen andre der. Og jeg hadde ikke tenkt å bli noen kvinneaktivist i det hele tatt, men det var jo bare jeg som var der. Og når vi så på hvor stipendiatene kom fra, var det noen få kvinnelige stipendiater, men det var nesten utelukkende realister som hadde levd i et *akademisk forskningsmiljø*. Det var ikke *klinikere* i det. Så det ble til at jeg tok ordet og foreslo at vi skulle ha *moderat kjønnskvoltering av kvinnelige stipendiater som hadde medisin som bakgrunn*. Da jeg forsiktig begynte å nevne det for de hyggelige gutta som satt rundt meg, så var de – de smilte vennlig, men det var åpenbart at det ville ikke få noen særlig gjennomslagskraft.

Da begynte jeg med det som siden har vist seg å være veldig nyttig, nemlig jeg mobiliserte alle de kvinnene som var gift med de gutta som satt i fakultetsrådet, og så fikk vi dem til å marsjere inn da denne saken kom opp på dagsordenen. Så gikk det igjennom. For de kunne jo se hvem som stemte for og hvem som stemte mot moderat kjønnskvoltering av kvinnelige medisinstipendiater. Det viste seg å være en veldig nyttig metode som jeg siden har brukt i de senere 40 år, hvor jeg alltid har en kvinnegruppe som møtes på 8. mars.

Det er på mange måter typisk, tror jeg, for hvordan kvinnene prøver å støtte opp om andre. At vi lager kvinnenettverk som er private og som er uformelle, men som på mange måter er nyttige.

Da begynner vi å nærme oss dagen i dag. Nemlig, vi er jo nå kommet i en situasjon hvor det de siste tyve år har vært en overvekt av kvinner blant medisinstudentene. Og de er rimelig godt representert, faktisk, som lektorer og amanuenser og i en del andre akademiske posisjoner, men de forsvinner når de kommer til sluttstadiet, de tar ikke det siste trinnet opp, enten som professor 1 og særlig ikke som professor 2. Der befinner de seg fortsatt på under ti-prosent-stadiet.



*Figur 10: Avslapning mellom temmelig anstrengende økter: Fra venstre Jon Storm-Mathisen, Elin O. Rosvold, Morten Ariansen, Turid Jensen. (Foto: Øivind Larsen)*

Det har vært kjempefint nå, at fakultet har tatt initiativ til å sette ned et utvalg som har sett på – for det ene: Hva har man av data for hvorfor det er slik? Og for det andre: Hva tenker man om hva man kan gjøre med det?

Der er vi så heldige at vi har sekretæren for det utvalget, nemlig Mette, her. Du har ført alle disse tankene i pennen. Jeg vet ikke om du er villig til å fortelle noe om hva som *ikke* ble skrevet ned. Det ville vært det aller morsomste. Men kanskje du kan si noe om hva det var man ble sittende igjen med av tanker om, *hvorfor blir kvinnene borte i dette? Og hva har man tenkt å gjøre med det?*

Så jeg gir ordet til Mette. Vi deler på tiden.

*Mette Groseth Langballe:* Ja, dette var et utvalg som Stein satte ned i 2004, tror jeg det var. Og rapporten kom i 2005-2006. Og resultatet av undersøkelsen vi gjorde, var at det så ut som om kvinner hadde like mye lyst til å bli forskere som menn – og til å få en stilling ved universitetet. Men det viste seg å være vanskelig. Noen av de tiltakene som utvalget foreslo, var å gjøre kvinner mer synlige i fakultetet med oppfølging, med puff i retning av å bli sett og bli oppfordret til å søke stillinger. Det var også å få *likestil-*

*lingsperspektivet* inn i de vanlige rutiner ved tilsettinger– og i de vanlige rutinene ved UiO. Men det er kanskje vanskelig, at man må ha egne tiltak ved siden av.

Et av de kanskje viktigste tiltakene som utvalget foreslo, var et forpliktende samarbeid med universitetssykehusene, fordi det var spesielt professor 2 som var vanskelige og hadde veldig lav kvinneandel. Vi forsøkte ved en del anledninger, men det viste seg å være vanskelig. Sykehusene har kanskje andre, større utfordringer enn akkurat likestilling mellom kjønnene – det har blant annet med etnisitetsutfordringer å gjøre, som de anså som viktigere enn likestilling mellom kjønnene.

Det var kanskje de viktigste tiltakene som dette utvalget foreslo.

*Astrid Nøklebye Heiberg:* Og kunne jeg da spørre, hva *tror* du på?

*Mette Groseth Langballe:* Det er viktig å tenke på rutiner og det vanlige linjeansvaret ved fakultetet, men jeg tror nok at det er nødvendig med eksplisitte tiltak for å øke kvinneandelen.

*Astrid Nøklebye Heiberg:* Men som siste kommentar, noe av det som gikk igjen i det utvalget deres, det var at særlig professor 2-stillingene var preget av at man fikk ikke mye tid til *å forske på jobben*. Forskning måtte skje om kvelden og i fritiden og sånn. Og de som da var gift, og det var faktisk flesteparten av dem, samtidig med at de hadde barn, de prioriterte det ikke, eller var ikke i stand til å prioritere det å forske. Mens det var annerledes for gutta.

*Mette Groseth Langballe:* Ja, det er riktig.

*Elin Rosvold:* Jeg tilhører den generasjonen kvinner som kom inn da vi var nesten fifty-fifty på medisinstudiet og har hatt gleden av å gjøre karriere på fakultetet og har opplevd at det å være kvinne verken har vært noen ulempe eller noen fordel. Det har liksom gått på andre ting.

Men en av de tingene jeg vel har savnet – jeg har savnet de gode kvinnelige forbildene. Det er det blitt mer og mer av, og det ser jeg er veldig viktig at vi har i studiet. En av de utfordringene jeg har sett og som flere av mine kolleger også sier, er dette med å være kvinne på fakultetet, når det er kommet en del krav om at det skal være kvinner i ulike komitéer, hvor vi da blir veldig ofte spurt. De av oss som er kvalifisert til å sitte i disse komitéene, blir jo da oftere spurt enn våre mannlige kolleger, siden det skal være minst én kvinne i alle doktorgradskomitéer for eksempel, og også i vurdering

av professorater og førsteamanuensisstillinger. Og det har vi nok tenkt på, at det kanskje kunne være greit at vi ikke nødvendigvis skulle bruke så mye tid i komitéer. Og jeg må jo si som tilhører faget allmennmedisin – *kvinne og allmennmedisin*, da er man i grunnen kvalifisert til nesten alle komitéer på universitetet, har jeg skjønt! Vi skal dekke alle områder – hehe –. Det er selvfølgelig veldig smigrende, men tidkrevende. Den administrasjonstiden tar tid fra forskningen som man ellers ville kvalifisert seg med. Dette er viktig å ha med seg.

*Frode Vartdal:* Først en god nyhet når det gjelder tid: Nå har universitets-sykehusene bestemt å betale for én dag i veka i tillegg til den tjue-prosenten slik at professor 2 skal forske. Og det vil jo gjelde begge kjønn, da.

Når det gjelder et sånt strukturelt problem med at folk rykker opp til professor, det er at i klinikken har vi nesten bare professor 2 – nesten nå. Og regelverket til departementet tillater ikke opprykk fra førsteamanuensis i 20 prosent til professor 2. Så det er et ganske stort antall førsteamanuenser som er kvinner i klinikken som nok er kvalifisert – godt kvalifisert- til å bli professor, det kan være en av hindringene.

Så syns eg det at – eg vart instituttleder – og det har vært mye velmente forslag og tiltak blant å bruke penger på likestilling. Det som jeg har sett, det er at det har blitt *smurt veldig tynt utover*, slik at kvar kvinne har fått de femten tusen i året. Og vi i den nye fakultetsledelsen, vi har gått inn for at i stedet for å dele det tynt utover, skal vi gjøre noe substansielt for et par stykker kvart år. Slik at sist år så var det to stykker som – som absolutt har muligheter for opprykk, som får 500 000 for å kvalifisere seg – skrive bedre søknader, invitere gjesteprofessorer og sånt. Og det kommer vi til å fortsette med.

*Lars Walløe:* Det er ikke vanskelig å skjønne den beskrivelsen, Astrid. Nesten alle vi som er her – det er så mange av oss som er så gamle at vi har opplevd den overgangen. Jeg skal bare illustrere den med et annet aspekt, før jeg kommer til poenget. Da min ektefelle, Britt Inger Nesheim, tok doktorgraden i farmakologi i 1974, var hun kvinne nummer syv som disputerte ved Det medisinske fakultet – overhodet, altså, fra begynnelsen – *nummer syv i 1974!*

Men – og det er mitt hovedpoeng – forholdene endrer seg raskt. Ikke bare når det gjelder studenter, men jeg tror også i de øvrige lagene i fakultetet. Derfor er jeg usikker på om det er nødvendig med *spesielle tiltak*. Og noen av tiltakene som er implementert virker direkte *kontraproduktive*. For det første, jeg har selv veiledet 30 dr. med. eller PhD-studenter frem til



*Figur 11: Dessverre inngår det ikke i aktørseminarmetoden at man skal gjøre lydopptak under pauser, lunsj og middag. Da går nemlig praten gjerne løst, ledig og livlig og mye kommer fram som gjerne skulle vært fanget opp av mikrofoner – eller som slett ikke skulle vært fanget opp av mikrofoner! Fra venstre: Randi Gerd Øverland, Odd Geiran, Ole Berg, Erik Falkum, Astrid Nøklebye Heiberg. (Foto: Øivind Larsen)*

doktorgrad. 15 av dem har vært jenter. Av disse 15 jentene er i hvert fall fem nå professorer, én var nettopp president i Legeforeningen. Noen andre har høyere administrative stillinger i medisin. Og noen er så unge at vi ikke ennå vet hvor de havner. Jeg tror de kommer til å få omtrent samme karriere som de 15 mennene som jeg også har veiledet. Så jeg tror at her var det mer et spørsmål om at noen jenter på et tidlig tidspunkt fikk forståelse av at det var mulig å være kvinne og å komme og spørre meg om de kunne få lov til å arbeide med en forskningsoppgave. Og bare det ryktet tror jeg spredde seg. Derfor fikk jeg altså disse 15 studentene.

Det er en holdningsendring som skal til. Mens derimot noen av de innførte tiltakene, krav om kvinner i komitéer og sånt noe, virker direkte ødeleggende. Det er så få av dem foreløpig, og de skal sitte i alle doktorgradskomiteer og alle bedømmelseskomiteer. Jeg skjønner poenget, særlig hvis det er en kvinne på søkerlisten på en stilling, at man da har en kvinne med i bedømmelseskomiteen, men bortsett fra det, syns jeg man skulle la

kvinnene slippe den typen verv å sitte i komitéer og være gisler. Jeg har sett det for min kone og jeg har forsøkt å støtte henne i å si nei – rett og slett for å få tid til egen forskning og andre viktige gjøremål. Og jeg ser det nå på dem som er ferdige, en av dem har jo overtatt min stilling nå, Marianne Thoresen. Jeg sier, du må ikke ta på deg alle disse oppdragene, det kommer til å ødelegge forskningen din. Hun får stadig spørsmål om å komme inn i forskjellige komitéer. Så jeg tror det er mer holdningsendring som skal til, og det kan vi bidra til, og ikke formelle regler. Prosessen går fort, så jeg tror ikke vi trenger å dytte så veldig mye på.

*Borghild Roald:* Jeg har tre poenger, og jeg skal prøve å være rask: Det første er at jeg var så heldig å sitte i dekanatet til Stein Evensen. Stein, som dere har hørt, var opptatt av likestilling. Når vi skulle oppnevne personer i forskjellige utvalg og komitéer, skjedde noe rart. Jeg har lest et eller annet sted at *kvinner ser menn* – og *menn ser menn*. Slik var det. Vi kom stort sett på mannlige navn. Stein fikk da frem en liste med navnene på fakultetets kvinnelige professorer og førsteamanuenser. Da fant vi mange som vi ikke forsto at vi ikke hadde tenkt på før. Det er et eller annet med synliggjøring!

Det andre er *søknader*. Jeg har hjulpet kvinnelige kolleger med å skrive søknader. Kvinner vil ofte ikke fremheve seg selv, mens menn gjør det. En interessant undersøkelse fra Sverige viste at komitéer – det var snakk om professorater –rangerte søkere forskjellig når man visste søkerens kjønn, enn når man ikke visste det. Kvinnene ble rangert mye høyere når man ikke visste kjønn på dem som hadde søkt.

Den siste kommentaren er at jeg mener at medisinen trenger en *jevn fordeling av menn og kvinner*. Jeg syns det er bekymringsfullt at vi nå har så mange kvinnelige medisinerstudenter. Man må hele tiden være bevisst på hvor man demografisk går i den arbeidsstyrken man har foran seg.

*Sigbjørn Fossum:* – Lars Walløe sa at han hadde fifty-fifty av kvinner og menn som stipendiater. Det er som Astrid sa, langt flere kvinnelige stipendiater nå enn det er menn. Jeg har sittet og vurdert søknader i en halv menneskealder og sett hvordan dette har forandret seg totalt opp gjennom årene. Nå er det store flertallet av stipendiater, ikke minst innen basalmedisin, kvinner, også på post-doc.-nivå. Men så stopper det opp. Og det er problemstillingen. *Hvorfor velger kvinnene ikke å gå videre?* Jeg lurar på om en faktor der er at akkurat som i toppidrett, hvor også kvinnene faller fra, så er forskning ekstremt kompetitivt, der man må være villig til å forsake mye. Hvor lurt det er, vet jeg ikke. Jeg tror man må ha et anstrøk av ensporethet, la oss kalle det Asperger. Mange forskere er nok litt «Asperger

light», og noen av våre kolleger er ikke light en gang! Som kjent er Asperger mye mer utbredt blant menn enn kvinner. Hva man eventuelt skal gjøre med det, vet jeg ikke.

*Stein A. Evensen:* Borghild og jeg har opplevd mye av det samme, siden vi satt sammen i dekanatet. Som dekan var det slik at ved innstilling til professorater at når det var kvinner som var kommet blant de innstilte, så brukte jeg før møtet i fakultetsstyret mye tid på å granske momentene for hvorfor kvinnene var kommet på eventuelt tredje eller annen plass. Hvorfor ikke på første plass? Særlig var det veldig viktig i forbindelse med toer-professoratene, hvor muligheten for å påvirke dette i retning av at kvinner ble valgt til å få toppjobben, var mulig. Men det var av begrenset betydning.

Som det Borghild sa, noe var slående når vi skulle prøve å få kvinner på søkerlistene. Jeg opplevde det som en oppgave for dekanatet å sørge for at de best kvalifiserte søkerne faktisk både var klar over at stillingene var ledige, og at det var mulighet for å komme i betraktning. Blant annet ringte jeg rundt og spurte kvinner om hvorfor de eventuelt ikke hadde søkt etc. Da var erfaringen nøyaktig den som Borghild allerede refererte, at mens det jevnlig var menn som mente at de var særdeles godt kvalifiserte og som selvfølgelig hadde søkt for lenge, lenge siden, var det en rekke av de kvinnene som man kom i kontakt med, som syntes det var veldig hyggelig at jeg ringte, syntes det var veldig hyggelig at jeg eventuelt stoppet dem og spurte, synes det var ærefullt etc. etc. Men de kunne da ikke strekke til til så store oppgaver, og de så en rekke årsaker til hvorfor det kanskje ville være litt freidig å søke. Så jeg kan ikke annet enn å si at dette er altså en av forskjeller mellom kvinner og menn som i hvert fall i den tiden jeg satt der, lå rimelig godt fast. Jeg håper at dette endrer seg.

Når det gjelder spørsmålet om hva man skal gjøre og ikke gjøre, er jeg langt på vei enig med Lars i at kanskje det å *gjøre mindre* er godt nok! Jeg har hørt rykter om at antall kvinner i de siste opptakene nå nærmer seg 80 %! Flere spesialiteter kan få problemer med rekruttering. Det kan bli nødvendig å rekruttere flere menn til studiet.

*Gunnar Bjune:* Det er lett å drømme om at kohorteffekten skal løse dette problemet fullstendig når vi ser det store antallet kvinner som nå kommer fra studiet og videre framover. Men hvis vi ser på det, så har den kohorteffekten ikke slått til. Det skulle på det nåværende tidspunkt ha vært bortimot like mange kvinner som menn som professorer, og det er det ikke.

Da må en se etter strukturelle forklaringer på dette. Jeg innbiller meg at den perioden hvor en oppgraderte tidligere dosenturer og universitetslek-

torer og sånt noe til professorer, skapte et gap som gjorde at vi brutaliserte overgangen fra post.doc. og til videre utvikling innenfor akademiet. Og at en bør se på mulighetene av å fylle inn det tomrommet på stillinger som nå er der, fordi der må en kjempe så hardt at veldig mange føler at de har et valg mellom familie eller karrière. Og da viser statistikken at kvinner lettere velger familie enn karrière.

*Borghild Roald:* Bare en liten kommentar til det som Sigbjørn sa. De aller fleste, eller en stor del, av kvinnene som er stipendiater på fakultetet, er cand.scient.-er. De er faktisk ikke kvalifiserte til toer-professorater i klinisk medisin. Det er viktig å se på de ulike fagene og støtte translasjonsforskning i de kliniske fagene. Man må tenke forskjellige stimulerings tiltak for de ulike fag. Jeg tror det er mer komplekst enn å bare *se på tallene*.

*Odd Geiran:* Det er definitivt en betydelig underrepresentasjon av kvinner i mange fag, ikke minst i de tyngre kirurgiske fagene. Og det har mange ulike og mange forklaringer, helt sikkert. Det vi nå ser, er at den samme problemstillingen også gjør seg gjeldende for søkningen av *menn* til de samme fagene. Dels fordi at man ikke ønsker å jobbe på samme måte som tidligere generasjoner, og dels fordi forskning og utviklingen til akademiske stillinger ikke meritterer på samme måte som de kliniske problemstillingene. Når fakultetet de ser på dette som et kvinneproblem, tror jeg dette er helt vesentlig, fordi vi har et svært etterslep av mangel på kvinner. Men vi må også på lengre sikt sørge for at dette blir et likestillingsproblem på den måten at også menn vil bruke disse mulighetene til å kvalifisere seg på en raskere måte, slik at vi får erstattet menn og kvinner i disse fagene med nye, kvalifiserte kandidater.

*Astrid Nøklebye Heiberg:* Det at menn kaller på menn har sin parallell i at kvinner kaller på kvinner og vil få med flere av dem. Og det er ikke spesielt for medisin. Jeg var på en disputas nå fredag hvor de hadde sett på mellomledere. En sosiolog hadde gjort det. Og nettopp dette at man gikk etter samme kjønn, kalte hun en *homoseksuell reproduksjon*. Det fikk hun mye kjeft for av førsteopponenten. Men det henger sammen med at vi mangler begrepet *gender* i den norske språk, som går på helt videre aspekter enn dette med det rent seksuelle, det går på *identitet og identifikasjon* i den sammenhengen.

Det som Elin var inne på om at komitéer skulle ha kvinner, ja, det er stortingsbestemt, og det ble bestemt i Kirke- og undervisningskomitéen mens jeg var til stede der, og jeg kjempet en innbitt kamp mot Tora Aasland



Figur 12: Fra venstre rundt lunsjbordet: Per Brodal, Per Hjortdahl, Marit Kirkevold, Gunnar Bjune, Jens Andreas Wold. (Foto: Øivind Larsen)

den gangen – mot Tora Aasland Haug – og jeg tapte med glans. Jeg sa henne at dette kommer til å gå rett på dunken i fremtiden. Det blir ingen kvinner som får tid til å forske i det hele tatt! Det smilte hun vennlig til. Jeg har tatt det opp med henne senest på hennes 70-årsdag for 14 dager siden. Og det var riktig hyggelig. Men hun trodde fremdeles ikke noe særlig på meg.

Men det viser noe av hvordan forskning – eller hvordan *politikk* av og til kan ta *fullstendig feil* mellom *hensikt og resultat*, mellom *virkemiddel og mål*.

Det jeg hadde lyst til å avrunde med, er egentlig mer det vi hører og ser – det som altså kom igjen i denne undersøkelsen som man gjorde – fordi det også var fokusintervjuer med både kvinner og menn om hvorfor de *ville være* professor 2 eller hvorfor de *ikke ville* det. Og noe av det som gikk igjen fra kvinnesiden, var: «Neimen, hvorfor skal vi det da? Neimen det er jo bare *så* stressende, det er jo bare *så* masete. Det tror jeg er ganske lavstatus, det med å være professor, det imponerer ikke svigermor en gang!»

Slik at de velger å gjøre andre ting, de vil ha *andre mål i livet*, de vil ha en *annen verdi* i det vi holder på med. Kanskje kvinnene her går et lite hakk foran? Kanskje dette racet med professor 2, og at man da skal være på sykehuset hele dagen og forske om kvelden? Og når man kommer hjem for å

leke med barna, har de reist ut, for de studerer utenlands. Kanskje kvinner ser litt mer inn i fremtiden på det som er *bedre verdier* enn det vi forvalter nå?

*Øivind Larsen:* Da syns jeg vi har hatt en veldig spenstig og morsom økt. Og da er det slik at vi går videre til neste økt i denne bolken før lunsj, og det er: Fakultet og formidling. Og Elin styrer den.

*Elin Rosvold:* Ja, men jeg må bare ha en liten kommentar til det Astrid sa til slutt, fordi det er nettopp det der at hvis det er sånn at vi har problemer både med å rekruttere kvinner og menn til enkelte fag, så må vi jo faktisk se på hvordan skal vi *rekruttere folk til det faget uavhengig av kjønn*. Og det syns jeg er viktig å ha med oss videre, for det er den samme debatten som går i flere land. I tillegg vil jeg bare si at jeg selv og flere av mine kvinnelige kolleger på universitetet jo har hatt veldig mange gode *mannlige mentorer* som har hjulpet oss fram, fordi de har sett verdien i oss som fagmennesker. Og det setter vi veldig pris på. Jeg har selv et par av dem til stede her, og det setter jeg veldig pris på.

Så går vi videre fakultetets rolle i medisinsk formidling, og da har vi fått vel den største formidleren av oss alle til å si noe om det, nemlig Kaare R. Norum. Vær så god!

## Fakultet og formidling

*Kaare R. Norum:* Takk for det! Jeg skal altså på 6-7 minutter formidle 30-40 års formidling. Så det er kanskje krav til effektiv formidling! Fakultetet har ikke noen overordnet rolle eller policy når det gjelder formidling. Det er altså ikke noen policy fra fakultetets eller overordnet side, og det er i hvert fall heller ingen *merittering* for å drive formidling, *det teller ikke*, det er ikke med i «tellekantene» i den forstand.

Egentlig er det alt for lite av medisinsk kunnskap og altfor få medisinere som deltar i *samfunnsdebatten* her i landet. Hvis vi ser på trenden for formidling, var det i «gamle dager» at jeg syns Alf Brodal hadde en forbillig (formidling) – da hadde Aftenposten hver uke en artikkel av nyere ting fra medisinen. Og han har faktisk vært et forbilde for meg.

Fra Alf Brodals tid og opp til for relativt kort tid (siden) har formidlingen av medisinsk kunnskap egentlig vært *nøktern opplysning om medisinske fremskritt og helsepolitikk*. Men i de siste fem-seks-syv-åtte årene har det, spesielt i de siste årene, blitt til at man må gå ut og *korrigere* alle mulige alternative krumspring og feilopplysninger. Slik at medisinere må gå ut og

korrigere dette. En av vanskelighetene med formidlingen er at vi ikke har hatt noe *systematisk utdannelse* av medisinerere til å formidle, men vi har heller ikke hatt noen medisinsk utdannelse av de profesjonelle formidlere, nemlig journalister. Vi skulle hatt langt, langt mer utdannelse av mediafolk innenfor biologi og helsepolitikk.

Jeg kommer til å nevne en del navn på folk som har spilt en rolle når det nå skal skrives historie om dette, og jeg ber allerede nu om unnskyldning for alle de navnene jeg har glemt, eller ikke får tid til å nevne.

Hvis vi ser på den overordnede formidlingen av medisinsk kunnskap og helse, har fra gammelt av medisinerne vært mye engasjert i leksikal virksomhet. Altså, leksikon, medisinerere har blitt spurt om å kommentere eller skrive små artikler i Store Norske for eksempel. Så hadde vi for 15-20 år siden også en gruppe som faktisk var med på å lage et eget Medisinsk Leksikon. Det var Kåre Berg og Erik Foss, Per Sundby og jeg selv som var med på det. Det var et ganske stort arbeid og som betydde meget. Det er ført videre av Store Norske Leksikon med annen redaksjonskomité.

En annen overordnet ting innenfor formidling har vært at flere medisinerere har vært med i styre og råd i Norsk faglitterær forfatterforening, som organiserer populærvitenskap og fagkunnskap. Kåre Berg var med i styret. Jeg har sittet i styret, og Gunn-Elin Bjørneboe har sittet i styret. Det har faktisk vært en ganske viktig pådriver, ikke bare fordi man skal godkjenne stipendier og så videre, men man er med på å legge en slags policy for faglitterær forfattervirksomhet.

Så har det vært en del formidling som har skjedd i offentlige råd og utvalg. Et eksempel på det som jeg selv har vært med på, var Statens ernæringsråd, som jeg med en gang så at her er det muligheter for å drive folkeopplysning innenfor medisin og helse.

Flere av dem som sitter rundt dette bordet her, har vært med på å skrive om sine egne fag på en populær måte, altså lage populærvitenskap. Det har vært innenfor allmennmedisin, immunologi, kreft og hjerte-karsykdommer. Og det er flere her som har skrevet meget – lærebøker som ikke bare har vært for medisinerere, men som har vært for også andre helsefaglige ting. Dette er også en viktig del av formidlingen. Og her har vi hatt navn som, ja, innefor psykiatrien, Per Vaglum, og min sidekamerat her, Einar Kringlen har jo gjort mye. Og det har vært bøker om kreft og slike ting.

Hvis vi går videre og ser på hva som formidles via generelle tidsskrifter og aviser og innenfor samfunnsdebatten, vil jeg gjenta det jeg sa innledningsvis om at medisinerere har vært altfor lite fremme i den aktuelle samfunnsdebatten og brukt lite av sine egne synspunkter og sine egne fagområder for å delta i samfunnsdebatten. Men vi har hatt en del hederlige



Figur 13: Fra venstre: Per Brodal, Per Vaglum, Frode Vartdal, Erik Falkum, Lars Walløe, Bjørn Hol, Peter Kierulf, Marit Kirkevold, Stefan Kutzsche, Jacob B. Natvig, Einar Kringlen, Kaare Norum, Stein Evensen, Åge Danielsen, Ole Berg, Jan Frich, Randi Gerd Øverland. (Foto: Øivind Larsen)

unntak, jeg tenker på Stig Frøland, for eksempel. Einar Kringlen, Per Fugelli, Christian Drevon. Stein Evensen og jeg selv har jo også deltatt en del i dette.

Her har det vært denne trenden ofte går igjen, fra *nøktern opplysning* til mer *korleksjon* av merkelige utspill fra alternative medisinerere osv. Og vi har jo sett det som har skjedd i de siste par årene, hvor altså VG og Dagbladet har gått helt bonanza eller helt crazy. Dagbladet må man se annenhver dag for å få riktige ting, for de har motsatte råd annenhver dag. Så hvis du leser annenhver dag, kan du få bare riktige ting og annenhver dag bare gærne ting.

Det som kanskje har vært det viktigste formidlingsmediet, er vel NRK. Der har det vært en del som har vært med i radioprogram og diskusjoner. Men de gode, gamle NRKs *universitetenes radioprogram og forelesninger*, de er forsvunnet. Nå har radioen heldigvis tatt opp litt nytt innenfor «Ekko», hvor man får medisinske problemer og helseproblemer opplyst, og man har relativt godt utdannete journalister.

Men det som jeg har fått mest kontakt med, det er fjernsynet. Jeg var så heldig at jeg traff Ingrid Espelid Hovig i 1974 på en konferanse i Roma. Vi ble gode venner, og vi begynte å snakke sammen om dette. Vi hadde til

sammen 75 programmer i fjernsynet og i beste sendetid. Jeg tror det betydde veldig meget, i alle fall for mitt fagområde.

Det er store muligheter hvis man stikker «hue» ut. Jeg var veldig redd for, den gangen jeg startet, at det skulle bli at nå var Norum «kjendiskåt» igjen og stikker «hue» ut, og derfor (ville) få mye kritikk og sånt noe. Men det har ikke vært noen kritikk i det hele tatt. Det har bare vært klappsalver. Så sånn bør man gjøre.

Jeg tror det er veldig viktig at fakultetet – nå ser jeg lengre fremover – at man har en mer aktiv policy med å være med på å *utdanne mediafolk*, og være med på å påvirke avisredaksjoner og NRK til å ta helseopplysning og medisinsk kunnskap alvorlig.

I den senere tid så har man kommet over på noe nytt, og det har jeg ikke noe særlig greie på for jeg deltar ikke noe selv. Men jeg vet at en del yngre medisinerere ved fakultetet deltar i blogger og sosiale medier, oppretter egne hjemmesider osv. Det er bra. Men det er også litt problemer, fordi det er enkelte leger og enkelte fakultetsfolk som oppretter egne hjemmesider og driver reklame for eget fag på en kanskje ikke helt kritisk måte.

Når det gjelder betydningen av formidling, vil jeg presisere det at selv om det ikke meritterer for den enkelte forsker å skrive populærmedisin, noe jeg mener det burde gjøre mere enn det gjør, så er det viktig for fagområdet å drive opplysning. Og det kan jeg si for den opplysningsvirksomhet og formidlingsvirksomhet som ernæringsfaget har gjort, at *ernæringsfaget har steget i aktelse* og ikke bare for folk flest, men også blant politikere. Det har ført til økte bevilgninger til Statens ernæringsråd og økte bevilgninger til ernæringsfaget i det hele tatt, og en økt søkning til ernæringsfaget. Nu er det omtrent like stor søkning til ernæringsfaget – altså du må ha like gode karakterer for å komme inn på det faget som på medisin – og det fører til en bedre rekruttering av studenter til dette faget.

Så jeg vil bare si med personlig bakgrunn at jeg tror *formidling er viktig*. *Formidling er morsomt* og formidling kan føre til at *medisinens anerkjennelse* blir bedre. Men vi må ikke være redde for å stå opp og kjempe for *vårt fag* og *kjempe for fakta og kunnskap* i denne tiden hvor veldig mye kommersielle interesser og misforståelser fører til at befolkningen blir littegranne huggæren og ikke skjønner hva som egentlig er riktig og hva som er galt når det gjelder.

*Sigbjørn Fossum:* Serien med kronikker som blant annet Alf Brodal sto bak, leste jeg selv med stor glede og interesse som helt ung mann. For over tyve år siden fikk jeg inn noen kronikker i Aftenposten, men så ble det etter hvert veldig vanskelig. Og det som er vanskelig, er at mange av dem som

er kronikkredaktører rundt om, ikke har realfaglig bakgrunn selv. De er fra en hist.fil.- kultur som har lite *sans for realfag inklusive medisin*, noe som gjør det vanskelig å få inn stoff fra disse fagene. Etter hvert blir man temmelig desillusjonert når man skriver om ting som man synes er engasjerende og spennende og bare får blankt refusert. Det er påpekt at vi har et stort antall forskere av internasjonal toppklasse i Norge, faktisk langt flere enn idrettsutøvere. Motsatt har vi et enormt oppbud av *sportsjournalister*, langt flere enn vi har toppidrettsutøvere. Vi har nesten ingen journalister som har spesialkompetanse innen formidling av vitenskap. Hvilket bidrar til å gjøre formidlingen fryktelig vanskelig. Kollega Haakon Benestad prøvde nylig å organisere et kurs i forskningsformidling for journalister, la en masse arbeid bak det og gikk bredt ut for å rekruttere. Han fikk nesten null oppslutning av journalister. De var ikke interessert. Og dette er en formidabel barriere mot at vi skal klare å nå fram.

*Jan Frich:* Vi befinner oss i en situasjon hvor det er lenge siden det var referater i avisene fra doktorgradsdisputaser. Og det er et helt annet landskap vi beveger oss inn i nå hvor sosiale media blir viktige, og hvor formidlingsutfordringene blir annerledes enn de var før. Ekspertene er på en måte detronisert. Nå søker man de polariserte storyene i mediene. Men hvis vi skal tenke formidling, får jeg lyst til å trekke det over mot håndtering og behandling av pasienter også. Det er et ideal at vi skal ha den styrkede bruker, den styrkede pasient som er informert. Her ligger det en stor utfordring fremover i å lage plattformer, medier som kan gi pasienter og brukere informasjon. Og det er kanskje noe som skulle styrkes i utdanningene generelt, tenker jeg.

Ellers synes jeg det har vært fint å oppleve, i hvert fall ved vårt institutt, Institutt for helse og samfunn, hvordan man har brukt resurser på forskningsformidling blant annet med Youtube- intervjuer og oppslag som spiller videre ut i samfunnsdebatten. Men det er klart sånne ting krever resurser, og det tar tid, og det må understøttes. Det skjer ikke lenger av seg selv. Det må selges inn.

Så er det sånn at jeg sitter også i redaksjonskomitéen i Tidsskriftet og vil kanskje slå et slag for Tidsskrift for Den norske legeforening i denne sammenhengen. Det er slik at Tidsskriftets lesere er en ganske sammensatt gruppe, og ganske mange har ikke helsefaglig bakgrunn. Slik at når vi som fagmiljø støtter opp under og stimulerer til og for så vidt også premierer gode oversiktsartikler og nyhetssaker i tidsskriftet, er dette en viktig formidlingskanal for fakultetet, bare så det er nevnt.

*Nina Vøllestad:* Jeg tror det er viktig å tenke litt. Sigbjørn reiser noen viktige spørsmål. Kanskje vi må tenke litt på både vår egne forståelse av hva kunnskapsformidling er, og hvilken situasjon vi står i samfunnsmessig, som også Jan var innom. For hva er det vi tenker på når vi snakker om formidling? Hva mener vi med det, og ikke minst hvem er det vi formidler til? Det har jo nå drevet frem mot en situasjon hvor kunnskapsutviklingen vår er veldig spesialisert, og avstanden mellom bruken av kunnskapen og kunnskapsproduksjonen kan være ganske lang. Og vi har mange ledd i den. Det er kanskje vår utfordring i dette at vi har lett for å se for lett på alle leddene fra den spesifikke kunnskapen til faktisk anvendelse. Jeg tror at vi kanskje ikke har vært flinke nok. Eller la meg si det på en annen måte – flinke nok i utviklingen av formidlingsaspektet som kanskje tar en annen side enn det Kaare R. Norum tar opp, nemlig (ikke bare) dette med å trekke med seg pasienter inn i forskningen, men også som en del av aktørene utover. (Slik at) vi har strukturerte måter for å lage retningslinjer og den typen hjelpemidler inn mot praksis. For dette er også en del av formidlingsaspektet, hvordan vi arbeider med kunnskapens flyt fra den genereres, og hvordan den formes og omformes til anvendelse i praksis. For det er jo det vi snakker om i en sånn sammenheng. Det må være målet, hvordan kunnskapen forstås og brukes ute.

*Elin Rosvold:* Dette her er et tema hvor det er veldig lett å snakke om hva vi har lyst til å *gjøre fremover*. Så jeg minner om at vi driver og snakker om hva vi *har gjort* og at vi prøver å få fram det i denne delen av debatten.

*Jon Storm-Mathisen:* Til det Kaare R. Norum sa har jeg lyst til å understreke at det har innmari stor betydning ut over vårt eget fag at publikum *skjønner at de på universitetet, de driver faktisk med noe som er interessant* og som er *viktig* – det er *viktig for meg*. Kaare har jo vært kjempeflink til å gjøre akkurat den jobben. Den har betydning langt utover det som har med ernæring å gjøre, mener jeg. Så er det et problem at journalister ofte ikke skjønner biologi godt nok. Der er det et svært vakuum. Men min erfaring med dem er at de stort sett er veldig lydhøre og interessert i å få fram ting, og glad når jeg skriver om hele intervjuet for dem.

*Frode Vartdal:* Jeg tror at man er blitt dårligere på formidling. Det er kanskje fordi at man har fått sterkere fokus, eller blitt enda mer kompetitiv når det gjelder forskning. Og enkelte får mer utav å forske enn å formidle. Noe er også tilsynelatende fordi at mediemangfoldet er blitt så enormt stort, konkurransen om oppmerksomheten er veldig stor. For tjue år siden var det vel

for NRK slik at når du og Ingrid Espelid foreleste veldig bra om ernæring, var folk pukka nødt til å sitte og sjå på det, hvis dei skulle sjå på fjernsyn. Nå kan dei velge mellom tjue kanaler, og da e ikkje det det sikkert dei velger ernæring, då kan det godt hende dei velger Dagbladet, dessverre.

Det er det ene. Det andre er dette med å utdanne folk i mediene innen medisin. Forsøksrådet har hatt en ordning med stipendiater. Vi har hatt det på den avdelingen jeg har jobba på Rikshospitalet, spesielt en veldig god fra Aftenposten. Men det som altså er problemet – og det er som Sigbjørn seier, det er det at avisene, når han kommer tilbake til avisene, så fins ikkje en seksjon for forskning. Då er det dei som skriver om trikkestans og stopp på T-banen som skriv om forskning den andre dagen. Mens på de andre plassene er det spesialiserte folk. Det er et strukturelt problem som vi kanskje ikkje kan gjøre noe med. Men eg trur det at vi fra fakultetets side burde bli mye bedre på det. Men det er framtida. For vi har noen planer, men det er ikkje historie.

*Jacob B. Natvig:* Ja, et vellykket og stort eksperiment for formidling ble holdt i anledning Rikshospitalets 150-års jubileum i 1976. Da var det en gruppe der Egil Gjone, Torstein Hovig og jeg var med, som laget åpne dager på Rikshospitalet med publikumsrettede formidlingsforedrag. Det var en enorm oppslutning. Noen av dere var antakelig med på det, med tusenvis av folk som kom i løpet av en uke og deltok der. Så siden vi snakker om historie, var det bare et aspekt som burde komme med.

Nå er det selvfølgelig veldig viktig i økende grad å ta opp debatt om helse spørsmål fordi det skjer så mye som var nevnt her, desinformasjon og det som direkte nå kalles for «ghost-writing», hvor vitenskapen selv, så å si med sine «sorte får», kommer inn med feil opplysninger.

En av de tingene som en stiftelse som jeg er med i, engasjerer meg i nå, er å etablere et besøks/treffsenter med fasiliteter for faglige debatter og seminarer innen helse og medisin for ulike helse spørsmål og utfordringer som folk opplever. Og vi ser på muligheten å kanskje lage et slags medisinskfaglig, helsefaglig «litteraturhus» for å komme nettopp inn i det området som vi snakker om her. Vi tror dette er en veldig stor og viktig del som vi må angripe i økende grad.

*Bjørn Hol:* Jeg vil bare minne om at Universitetet i de senere årene har gjort et stort arbeid når det gjelder å modernisere formidlingen på nettet. Og Det medisinske fakultet er ikke blant de dårligste, tror jeg, av fakultetene på Universitetet. Og vi får opp mange interessante saker også på Universitetets forside som blir fanget opp av media. Så hvis forskere hos oss husker



*Figur 14: Fra venstre: Stefan Kutzsche, Jacob B. Natvig, Einar Kringlen, Kaare Norum, Stein Evensen, Åge Danielsen, Ole Berg, Jan Frich, Randi Gerd Øverland. (Foto: Øivind Larsen)*

på at om de tipser våre web-redaktører om gjennombrudd eller interessante ting, så blir det slått opp og vil komme ut også til offentligheten. Og det er jo en stor interesse for dette fagområdet ute. Hvis det formidles på rett måte.

*Ole Didrik Lærum:* Når historien skal skrives om fakultetet, så er det en ting som en trygt kunne la komme fram, og det er – og det er god dokumentasjon for det – hvem er det som driver forskningsformidling? Jo, det er først og fremst de som er mest profilerte som fagfolk, og som har publisert mest tung vitenskap. Det er det gode statistikker for som blant annet Forskningsrådet har sett på, og andre. Jeg tror det har noe med at folk er sterkt engasjert i faget sitt. Og det som er mitt inntrykk, er at det som selger også i dag, det er *engasjementet* like mye som det du har å fare med, rent *faglig*. Og i Oslo har en flere betydelige fagfolk som nettopp har stått fram også med sin samvittighet, og det kunne en godt fokusere litt på. To som jeg har stor sans for, men som ligger litt tilbake i tid, det er Leo Eitinger om menneskeretter og så er det Olav Hilmar Iversen.

*Bjørn Østberg:* Jeg var så heldig å ha en del med Alf Brodal å gjøre i forbindelse med undervisnings- og studieplansspørsmål og hørte også hva han gjorde på andre områder. Og en ting var hva Brodal hadde lyst til å formidle, men han stilte opp på *det andre hadde lyst til å høre om*, og det tror jeg var et viktig poeng i forhold til å få kronikkplass. Og i tråd med det Norum sier, nemlig hva gjør vi i forhold til dem som er de profesjonelle formidlerne?

Som leder av Utvalg for rettspsykiatri i Norsk psykiatrisk forening har jeg den siste tiden møtt en del utfordringer. Blant annet fra Institutt for journalistikk som ba oss å stille opp på til å begynne med nokså håpløse bestillinger, men vi valgte allikevel å gå inn i det. Og det nettverket vi fikk kontakt med, det vi fikk formidlet, var nettopp til mediefolkene *på deres premisser*. Og kanskje er dette et område, ut fra hva vi har diskutert før i dag, at kvinner kan gå foran mennene når det gjelder å ikke fremheve hva *jeg vil ha frem*, men også lytte til hva *de andre* er interessert i. Institutt for journalistikk tror jeg er et viktig forum for fakultetet å forholde seg til.

*Lars Walløe:* Det medisinske fakultet og den medisinske profesjonen har en lang, og jeg syns god, historie når det gjelder formidling, både i hele den perioden som dette historieverket skal dekke, og i perioden like før. Jeg vil minne dere om den innsatsen som folk som Karl Evang og Ørnulf Ødegård og andre knyttet til forlaget Tiden gjorde i den første perioden.

Men det er jo fulgt opp, mediene har forandret seg, men det er ikke slik at formidling er blitt borte. Vi har hørt nå om noen, Brodal, Eitinger, også andre navn er nevnt. Men det virker på forsamlingen som om den mener at formidling gjennom aviser ikke er mulig lenger. Det er riktig at noen av avisene er blitt mer tabloide. Men det er jo andre aviser også. Morgenbladet har regelmessige serier. Vår kollega Johan Storm skriver – er det annenhver uke, eller tredjehver uke eller noe sånt? – en spalte om neurobiologisk forskning. Andre som er i samme neurobiologiske tradisjonen, ekteparet Moser i Trondheim, skriver stadig. Vi har i tillegg Klassekampen, som har mye forskningsstoff og en rimelig god forskningsjournalist, Vassnes. Det er altså ikke slik at dette bildet er helt svart. Det er ikke det at jeg vil forsvare alt Vassnes skriver, men han er i hvert fall interessert!

*Gunnar Bjune:* Så vidt jeg har forstått, har fakultetet helt fra starten hatt tre hovedoppgaver: *undervisning, forskning og formidling*. Og i *formidling* er jo alltid en *kommunikasjon*. Altså vi må tenke etter, hva er det samfunnet vi har kommunisert med opp gjennom historien? Det er ikke så stor del av historien jeg sjøl har vært levende, men jeg har i alle fall opplevd tre klart forskjellige faser.

Den gikk første opp til – merkelig nok – mesteparten av 70-årene. På tross av ungdomsopprøret var den prega av at vi *fortalte* folk hva som var sant og riktig. Det var en enveis formidling og i den grad den lyktes, lå det i veldig stor grad på troverdigheten til de personene som sto fram og formidla.

Men så kommer markedet innover oss i fra 80-tallet, og da er *formidling* i veldig stor grad en slags *markedsføring*. Det er eget fag, egen forskning, eget prosjekt på en eller annen måte.

Så er vi nå kommet over i en fase som er prega av underholdning og motsetninger, og hvor kommunikasjonen blir så komplisert at jeg vil komme tilbake til noe Norum sa, og som jeg tror det er veldig viktig: Det er lett for oss i denne tida å tenke at dette også kan underlegges «new public management», og at alle professorer og post.doc.-er skal pålegges et visst antall timer i året hvor de driver formidling. Det tror jeg er håpløst, fordi i en så vanskelig mediaverden som vi nå har, så er det noen få som klarer dette veldig godt, og de må fristilles til å gjøre det. Dette må være et *instituttanliggende* og *faganliggende* mer enn et *fakultetsanliggende*.

*Marit Kirkevold:* Min erfaring i den tiden eg har vært ved fakultetet, er i hvert fall (at) når det gjelder fagforfatterformidling, altså til andre fagfeller, så har man systematisk sendt signaler i hvert fall til mitt miljø, at det er noe man faktisk skal nedprioritere. For det telles ikkje og meritterer ikkje. Så jeg tenker at det er viktig det som Kaare R. Norum var inne på, at for den enkelte så meritterer det ikkje når du skal gjøre det etter at du er ferdig med forskning på kvelden.

*Kaare R. Norum:* Ja, jeg vil takke for innleggene. Jeg tenkte at jeg skulle be om ordet til slutt hvis det var noen misforståelser eller det var noe jeg skulle svare på, men det er det i grunnen ikke, så jeg bare frafaller. Jeg syns det har vært en interessant diskusjon.

*Elin Rosvold:* Da sier vi takk til deg for at du startet denne gode diskusjonen og takk til dere som deltok. Og da går vi rett over i et annet tema, som jeg regner med også vil engasjere forsamlingen, og det er fakultetets organisering. Og da er det Bjørn Hol som skal innlede om det, vær så god!

## Fakultetets organisering

### *Organisatoriske endringer og begrunnelser for dem*

*Bjørn Hol:* Jeg tenkte jeg skulle si noe om de tre omorganiseringene som jeg har opplevd selv, fra 1990, 2004, 2010. Og så litt også om etableringen av Ahus. Det er jo mange andre ting som kunne vært nevnt, men det er begrenset hva jeg kan få inn på syv minutter, tror jeg.

I perioden opp mot 1990 utviklet fakultetet seg i retning av flere og flere institutter. Og som vi har hørt tidligere, var det altså 106 institutter i 1989, og det tipper jeg må ha vært faglig begrunnet. Men på slutten av 1980-tallet var det en ny vind som feide innover landet. Blant annet ble det skrevet en utredning av Tormod Hermansen om *en bedre organisert stat. Målstyring* osv. kom på dagsordenen. Det ble mer fokus på en *effektiv ledelse og administrasjon*, også på Universitetet. Jeg tenker at det var noe av bakgrunnen for at man da reduserte antall institutter fra 106 til 6 *instituttgrupper*, som man da kalte det, en ordning som trådte i kraft fra 1.1.1990.

Det kom til et institutt i 1993 som vi har hørt også, det syvende, som var *Institutt for sykepleievitenskap*. Denne omorganiseringen ble faktisk også fremhevet i en stortingsmelding som et godt eksempel på effektivisering av universitetene, hvor man trakk frem Det medisinske fakultets endring som eksempel på noe som muliggjorde en bedre styring og en mer effektiv administrasjon. Fra fakultetets virksomhetsplan for 1990 kan jeg sitere følgende:

«Omorganiseringen av fakultetet til seks instituttgrupper er også ment å skulle fremme denne målsettingen gjennom bedre muligheter for samarbeid og bedre utnyttelse av ressursene og samtidig avlaste enhetene for administrative funksjoner.» Og videre står det også:

«Mye av den detaljstyring som tidligere lå på fakultetsplan, vil bli delegert til instituttgruppene. Dette vil gi fakultetets sentrale organer bedre anledning til å konsentrere seg om den overordnede strategiske styring. Dette er særlig viktig for et profesjonsfakultet som Det medisinske fakultet.»

Det som skjedde så, var at det ble gitt større fullmakter og flere administrative resurser til disse instituttgruppene. Det var nok noen som påpekte at det ikke i samme grad ble trappet ned på fakultetsnivå. Så det ble en total økning. Men man fikk også en økning i sin budsjettildeling fra Universitetet sentralt som skulle kompensere for dette.

Så, i 2003, så begynte man å diskutere en ny organisasjon – og det tok mesteparten av året. Det var flere samlinger og en god del utredninger. Bakgrunnen for det var en evaluering som universitetet gjennomførte, en selvevaluering, og også en evaluering som ble gjort av eksterne konsulenter. De konstaterte at det var mulighet for forbedringer i den interne organiseringen og ledelsen av Universitetet. Alle fakultetene ble pålagt å nullstille seg og se igjennom sin organisasjon for å se om det var muligheter for å endre på denne, slik at man kunne få til en mer effektiv organisering. Og det gjorde da Det medisinske fakultet og jobbet med dette.

Det var fem institutter som var relativt uproblematisk i debatten den gangen, og det var de fem som var identifisert med sykehusene. Det var stor

enighet om at det var hensiktsmessig. Det ville synliggjøre fakultetet på sykehusene, og man fikk et institutt på hver av de fem sykehusene. IMB, basalmedisin, det skulle være som før, det var også ganske uproblematisk. Men det var en god del diskusjon rundt *psykiatri*. Skulle psykiatri vær et eget institutt, eller skulle det være en del av et annet institutt? Det var også en del diskusjon rundt en del av de øvrige fagområdene på fakultetet.

Dessuten kom det opp et tema som dreide seg om *todelt eller enhetlig ledelse* på Universitetet. Det hadde formelt sett vært en todelte ledelse med en administrativ og en faglig linje. Og det kom opp til diskusjon. Det var også et tema som gikk på organiseringen av forskningen i tematiske områder.

Det som det endte opp med, var at fakultetet fra 1.1.2004 fikk *ti institutter*, man økte altså noe. Det var de *fem instituttene* som var på sykehusene, og så var det et eget *Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin*, et *Institutt for sykepleievitenskap og helsefag*, som da var slått sammen, og *basalfag, psykiatri, helseledelse og helseøkonomi*.

Denne organisasjonen hadde fakultetet frem til 2010. Det som hadde skjedd da, var at Oslo universitetssykehus ble etablert. De sykehusene som hadde dannet en del av fakultetets grunnstruktur, forsvant formelt fra kartet. Det var veldig vanskelig å tenke seg hvordan de kunne opprettholde en organisasjon basert på sykehus som ikke lenger var organisatoriske enheter. Hvordan skulle vi da håndtere det i vårt organisasjonskart? Det var en utfordring for oss, og vi igangsatte en ny organisasjonsprosess som endte opp med den modellen som vi har iverksatt i fra 1.1.2010 med *tre institutter* som er dagens modell. Med et *institutt for klinisk medisin*, et for *basalmedisin* og et for *helse og samfunn*.

Denne gangen ble det brukt en del mer ressurser på selve organisasjonsprosessen enn hva vi hadde vært vant til tidligere. Det var et mye større engasjement også fra universitetsledelsens side. Det kom også inn et konsulentselskap som skulle bistå. Men vi landet jo, og fikk det iverksatt fra 2010.

Da er det liten tid igjen til å snakke noe særlig om Ahus, men i tillegg til den begrunnelsen som Ivar Følling ga tidligere i dag, så var det også et ønske om en oppgradering av sykehuset som lå bak, den gangen det sykehuset ble etablert som universitetssykehus. Fakultetet var i utgangspunktet imot og mente at de burde utrede det på mer fritt grunnlag. At det var andre sykehus som også kunne vurderes, for å øke kapasiteten og opptaket på medisinstudiet med 30 medisinstudenter i tillegg. Men da fikk vi beskjed om at det var ikke aktuelt å utrede andre alternativer. Mandatet gikk på å utrede hvordan *Ahus skulle gjøres til et universitetssykehus*. Det ble tildelt

ressurser til fakultetet. Det ble gitt ressurser til Ahus, og vi fikk midler til å bygge om lokalene på Domus Medica, 500 kvadratmeter, penger til ombygging av andre sykehus og et tilbygg til Domus Medica som heldigvis ikke ble de 1000 kvadratmeterne som det ble gitt penger til opprinnelig, men full utbygging av den siste gjenværende tomte i det området.

*Per Brodal:* Kommentar til det ene du nevnte, denne omorganiseringen som skjedde fra 106 til seks, – jeg har bare lyst til å fremheve Eric Rinvik som ledet det arbeidet og gjorde en innsats. Og det når man ser på hva som skjedde, så gikk jo det bemerkelsesverdig fort – ikke fort i den forstand at det var hastverk, men det gikk rimelig knirkefritt. Etter å ha snakket litt med Eric nettopp om hvordan det egentlig foregikk, oppfatter jeg det som han gjorde i stor grad, var noe som vi burde merke oss, nemlig «leadership by walking around». Han oppsøkte miljøene til de grader og snakket om dette. Det er opplagt en veldig effektiv måte å få ting igjennom på. Og spesielt i sånne kretser som vi befinner oss i! Man må ikke tro at man kan få til noen som helst endringer ved papirer, e-poster, brev eller andre former for ikke-menneskelig kommunikasjon!

Så har jeg lyst til også å nevne at Oslo96 – eller bare fremheve den – det var også på mange måter en ledelsesreform. Vi har nevnt at det var en studiedekan. Det betyr veldig mye at den som leder studiet, sitter som en del av ledergruppen i fakultetet. Men det er bare viktig hvis vedkommende *vil noe med studiet*, og ikke ser det som sin viktigste oppgave å holde ting flytende eller bare flytte på papirer.

Det var også semesterledere som fikk en viktig oppgave som i liten grad er implementert. Dette handler også igjen om at én ting er å få en lederjobb, noe annet er jo å skjønne hva den innebærer – at det faktisk innebærer at du må ta en del beslutninger, og at du må ha et ansvar som er utover ens eget lille fagområde. Så hvis man sitter som fagrepresentant i noe som egentlig er fagovergripende, så skjer ikke mye. Det er fortsatt et problem.

Til sist et hjertesukk som ikke bare gjelder fakultetet, men Universitetet. Det er, synes jeg, manglende forståelse av *forskjellen mellom administrasjon og ledelse*. At ledelse er en ting, administrasjon er noe annet. Og at hvis ledere skal begynne å tukle med administrasjon, som vi har profesjonelle folk til å ta seg av, så blir det tull. Og hvis vi abdiserer og overlater til administrasjonen å ta faglige avgjørelser, så blir det også veldig dårlig. Så når det er snakk om byråkrati i studiet, så er det noe vi til dels gjør ved å abdisere og la administrasjonen gjøre det – ikke fordi de har lyst på det, men fordi *noen må ta en beslutning* – ta beslutninger om faglige ting. Så det handler også

om å stå opp og *tørre å være faglig leder*. Og der tror jeg fakultetet har et stort potensial fortsatt.

*Stein A. Evensen:* Noen supplerende kommentarer til det Bjørn Hol snakket om når det gjaldt organisasjonsreformen i den perioden jeg satt som dekan.

Det første det var spørsmålet om hvor mange instituttgrupper det skulle være. Det ble én for mye. Jeg tenker på *psykiatri*. Det var intens debatt om hvorvidt det var bra for psykiatrien og for fakultetet om psykiatri fortsatt var en særgruppe, eller om psykiatrien skulle inn i sykehuset og på en måte alminneliggjøres og ikke ha et visst preg av særomsorg ved å opprettholde den som en egen instituttgruppe. Som dere forstår på måten jeg ordlegger meg, var jeg tilhenger av at det burde integreres, men det endte ikke slik. Psykiaterne selv ønsket å være for seg selv.

Når det gjelder en instituttgruppe som tilkom, som senere forsvant litt for lett, da tenker jeg på *helseledelse* og *helseøkonomi*. Folk herfra følte at de ble knuget innenfor det allmennmedisinske og samfunnsmedisinske miljøet. Hvorvidt de hadde grunn til å hevde det, skal ikke jeg gå for hardt inn på.

Da sykehussammenslåingen ble aktuell, forstår jeg hundre prosent hvorfor man måtte ende opp med en egen instituttgruppe for å møte Oslo universitetssykehus: Det var ingen annen vei å gå. Men sammenlignet med den intense debatten som vi hadde hatt omkring betydningen av å tydeliggjøre nye tanker og nye initiativ i fakultetet, så tror jeg at jeg og flere med meg var overrasket over hvor raskt alt dette ble feid sammen til det som i dag er *Institutt for helse og samfunn*.

Det siste poenget som jeg syns jeg bør komme med, er spørsmålet om *valgte eller tilsatte* instituttledere. Kampen var hard. I min tid husker dere sikkert at det ble *tilsatte* instituttledere. Det ble forandret i tiden som fulgte. Det er et interessant tema som bør følges opp og få historiens dom.

*Jens Andreas Wold.* Jeg ble ansatt som kontorsjef ved Instituttgruppe for Oslo kommunale sykehus fra 1. januar 1990. Det var veldig interessant, og jeg fikk først kontoret i tårnbygget på Ullevål sykehus. Der kom jeg til et tomt arkivskap, og det var ikke noe å forholde seg til om hva som var gjort før. Altså kunne vi ikke bruke dette spørsmålet: Hvordan gjorde vi dette forrige år? Det som da også var situasjonen, var at kontorsjefen var *formell leder* av det *kontortekniske personalet*. Når det gjaldt det tekniske personalet, så hadde jo de ofte sine arbeidsledere blant *det vitenskapelige personalet*. Når det gjaldt kontorstillingene, var det litt annerledes. Her var det ved Ullevål og Aker snakk om en 15-20 ansatte. De var hovedsakelig plassert på forværelset til professorene. Det første jeg måtte gjøre, var å ta en medarbei-



Figur 15: Fra venstre: Øivind Larsen, Nina Vøllestad, Jon Storm-Mathisen, Borghild Roald. (Foto: Turid Jensen)

dersamtale med disse for å høre om forskjellige ting. Det var to ting som jeg merket meg, de kjente fakultetet bare *indirekte* ved at de kjente en eller flere professorer og kanskje noen stipendiater, og det var egentlig første gang mange av disse hadde *sett en representant fra fakultetet*. De kjente også bare perifert til sine fakultetskolleger som var plassert i andre bygninger rundt på sykehuset. Så da måtte vi innføre noen tiltak for å *samle denne gruppen*. I de medarbeidersamtalene som jeg da gjorde, var en av tingene jeg måtte spørre om, hva *gjør dere egentlig*, hvilke *arbeidsoppgaver* har dere? Og det var jo rimelig å forstå at når de var på sykehus, så gjorde de noen sykehusoppgaver i stillingen sin, men når den andelen kom over 50 % i en del tilfeller, så måtte en snakke litt om dette, om dette var rimelig eller ikke.

Et par ting som gjelder IT. Det var særlig på Ullevål, på de medisinske avdelingene at sporen til det som senere ble fakultetets student- eller *Studieportal* oppsto. Det var de som var terminledere, Edvin Bach-Gansmo og Lars Aabakken, som utviklet disse elektroniske terminplaner. Lars Aabakken drev dette videre ved utvikling av det som ble kalt «Oksedatabasen». Noen kalte det «Juksedatabasen», men det var altså «Oksedatabasen» som var det riktige.

Den siste tingen var innføringen av internett til de universitetsansatte på sykehusene. Det var litt spesielt, fordi den gangen hadde sykehusene bare sine *interne nettverk* av sikkerhetsmessige årsaker. Men så kom *universitets-*

*nettverket* som i utgangspunktet bare skulle rekke de universitetsansatte. Men så fikk vi med en liten formulering, og Petter Kierulf var formann i IT-utvalget på instituttgruppen den gangen, at de som underviste medisinstudenter, og de som drev forskning uten å være UiO-ansatte, kunne også bli tilknyttet Internett. Og dette ble en veldig populær ordning. Det ble litt problematisk, fordi etter en stund var det flere som var *ikke* universitetsansatte som var tilknyttet internett, enn de som var UiO-ansatte. Så det ble en utfordring i relasjon til antall lisenser og antallet fakultetsansatte nettet var beregnet på.

*Frode Vartdal:* Det som skjedde ved omorganiseringen, det som skjedde ved Oslo universitetssykehus, gjorde det nødvendig å lage et *stort universitetsinstitutt*. Det som var påfallende, det var at det var veldig lite motstand og det har vært lite motstand etterpå. Det var motstand mot deler av OUS, men i klinisk medisin har en merkelig lite motstand, fordi en så at det var en nødvendighet. Det er ikke perfekt, men eg trur det var eineste muligheten. Eg trur det var klokt å slå sammen de andre instituttene i klinisk medisin. Dette ble gjort av det forrige dekanatet.

Men det er en ting som det er viktig å få fram, og det er *budsjettmodellen*. Og det er at man omorganiserte betydelig både i 1990 og i 2004 uten å gjøre noe med budsjettmodellen. Og eg satt i fakultetsstyret fra 2000 til 2004 omtrent, og det eg såg, det var det at budsjettmodellen i stor grad var basert på kor mange stillinger man hadde på 1960-tallet og delvis synsing, og ikke så veldig mye faktabasert. Det er mulig eg setter det litt på spissen nå.

Det som eg såg på Rikshospitalet, var at mellom fagområdene var det på grunn av forandringer *store forskjeller* i finansiering. Der var altså fagområder som utnyttet 40 % av sin undervisningskapasitet, og fagområder som utnyttet 140 % av sin undervisningskapasitet. Det samme såg eg når det var klinisk medisin. Det var forskjeller *mellom sykehusene*, det var forskjeller *inne i sykehusene*. Det forrige dekanatet fikk gjennom budsjettmodellen som jeg trur var vedtatt i 2008, og som var basert på kor mye en *underviser* og kor mye en *forsker*. Det er ikke en perfekt modell, men den er bedre enn synsing i alle fall. Og eg trur det har vært veldig styrende. Det er mye enklere i alle fall for fakultetsledelsen, og eg trur for instituttlederne, for nå diskuterer man ut fra en mer faktabasert ting.

Så har eg lyst til å trekke fram kor flinke lærerne og de ansatte – både de administrativt ansatte og de vitenskapelig ansatte – er til å tilpasse seg omstillingene. For det er betydelige omstillinger kvar gang. Og det er både når det gjelder *studiet og i linjer og i organisasjoner*. Likevel så fungerer det tilsynelatende litt kaotiske system. Og det er fordi det er en masse folk som

*tar ansvar*. Altså de tar ansvar, de møter opp på studier, møter opp på forelesningene sine, det er *veldig sjelden* vi får klager fra studentene. Med få unntak så er studentene veldig fornøgd.

Det andre er at hvis man ser på biofagevalueringen i 2004 og i 2011, så kommer Det medisinske fakultet *betydelig* bedre ut i 2011 enn i 2004. Så forskningen går klart framover– og undervisningen.

Men eg trur det at uavhengig av organiseringen så har vi masse gode lærere og administrativt ansatte som *tar ansvar*. Det er et viktig poeng.

*Per Vaglum:* Det var jo kjempeflott å høre, at det går så godt, så flott! For det har vært en lang vei å gå. Da jeg ble valgt som dekan, i 1990, så var akkurat nedskjæringen til seks instituttgrupper opprettet. Det jeg opplevde da, var at det faktisk var bare én person på Det medisinske fakultet – selv om vi nå hadde seks grupper, seks bestyrere, seks styrer osv. – det var faktisk fortsatt bare én person, sånn som det hadde vært tidligere, *som hadde legitimitet*, som hadde myndighet og makt i fakultetet til virkelig å bestemme noe og gjennomføre, det var *dekanus*. Det tok lang tid før lederne på de nye instituttgruppenivåene fikk *legitimitet som ledere* på sine nivåer. Det vokste jo også, som Bjørn Hol var inne på. Administrasjonen vokste, og vi gikk til det radikale skritt som jeg syns skal være med i historien, at vi forslo at man bare skulle ha *to nivåer* på fakultetet, altså slik at man ikke skulle sitte og skrive brev til hverandre. Man skulle henvende seg ett sted administrativt, så de som satt på Rikshospitalet eller de som satt på Søsterhjemmet, det var samme nivå. Det foreslo vi til kollegiet, og det ble blankt avvist, blant annet av fagforeningene.

Så hvordan skulle det egentlig bli nå på dette tidspunktet? Hvordan skulle vi få dette til å fungere? Ja, det ble veldig mye – som det var snakk om her – «walking around». «Leadership by walking around.»

Jeg oppdaget for eksempel at de nyansatte som kom inn i kombinerte stillinger rundt omkring på sykehusene og andre steder, de var overhodet *ikke identifisert med fakultetet*. Absolutt ikke! Hva skal vi gjøre med det? Da innførte jeg – jeg håper de gjør det fortsatt – at alle nyansatte ble innkalt til dekanus og fortalt både hva fakultetet var og hva som ble forventet. Men det hele var jo en kjempemessig løs historie.

Det som var det interessante – som jeg også erfarte som dekan og vi snakket litt om organisasjon – det var den måten forskjellige kollegagrupper opererte i de forskjellige organene. Det var nemlig slik – jeg håper ikke det er slik nå – at når vi skulle ha et møte som skulle gjøre viktige beslutninger, da kom de *fra basalmedisin* og *fra laboratoriemedisin* og hadde forberedt seg godt, de hadde lest papirene, de visste hva de skulle gå inn for, de hadde



Figur 16: Bjørn Østberg og Sigbjørn Fossum. (Foto: Øivind Larsen)

kanskje til og med snakket litt på forhånd, mens *klinikerne* – og det er jo nesten ikke noen klinikere her heller nå, ikke sant? – de kom, satte seg ned og begynte å lese i papirene under møtet. Og da er det jo klart at de fikk veldig lite gjennomslag. Kjempelite gjennomslag i diskusjonene for den nye studieplanen, veldig lite gjennomslag i veldig mange andre viktige spørsmål også. Så jeg håper at den situasjonen er blitt bedret.

Det siste jeg vil si var at som dekan den gangen, så var nesten den viktigste oppgaven for meg å holde *volden i fakultetet nede*. Det var *fire latente kriger* som hele tiden holdt på å skulle blusse opp. Og dekanens viktigste oppgave var å holde dem nede. Hvilke kriger var det? Det var for det første krigen mellom Rikshospitalet og Ullevål. Så var det krigen mellom basalmedisinerne og sykehusene, så var det krigen mellom de som hadde vært leger, og de av medisinerne som ikke hadde vært leger. Og til slutt ble det også en krig mellom dem som verken var leger eller ikke hadde vært leger, og de andre. Det er fire latente kriger. Jeg går ut fra at de også ligger der nå. Men jeg tror at hvis det nå er blitt slik at det er blitt mer klart hvem som har ledelsen, hvem som har myndighet til å bestemme, så er det mulig at det er lettere å holde disse krigene nede. Det håper jeg.

*Elin Rosvold:* For at ikke det skal bli for mye kriger fremover på grunn av hypoglykemi, så sier jeg nå at nå har jeg et innlegg fra Jørund Straand og Nina Wøllestad, og så lar jeg Bjørn ta en kort oppsummering. Så håper jeg at dere andre kan få innleggene deres inn under noen av de andre temaene som kom-

mer underveis. Vi skal diskutere forskningen en del senere, og da vil det være mulighet for å ta opp ting. Jeg beklager at vi ikke klarer mer enn dette.

*Jørund Straand:* Er det noe som vi kan trekke ut av historien når det gjelder organisering i offentlig sektor i stort, er det at pendelen har svingt mellom *sentralisering og desentralisering*. En annen lærdom er at man stort sett i forkant av det fleste omorganiseringsprosesser har overvurdert de synergier man skal kunne hente ut når man slår sammen enheter for å oppnå besparelser på administrasjonssida.

Det har jo vært mange modeller som har vært lansert for organisering av Det medisinske fakultet, og en alternativ modell til den vi har i Oslo – dette med organisering i forhold til forskningsgrupper, slik som andre fakultet har innført. Jeg er glad for at vi har holdt på at minste enheten er *fagmiljøene*, altså knyttet til de ulike fagene. For jeg tror nok også at man lett undervurderer betydningen av å ha et *faglig ankerfeste*, et faglig hjem hvor man til en viss grad har mulighet for å utvikle seg på egne premisser.

Jeg syns nok at prosessen med 2010-omorganiseringen gikk veldig fort i svingene, svaret syntes bestemt før man satte opp regnestykket. Men vi fikk da disse tre instituttene, med sykehusmedisin og IMB og så «institutt for resten», altså for det som ikke passet inn i de to andre. Og i denne organiseringen har man jo på en måte innbakt en utfordring da, på instituttnivå, skal man jakte på det som forener eller skal man dyrke det som skiller. Her blir det en diskusjon som vi har med oss videre om hva skal instituttenes rolle egentlig være i forhold til fagene. Skal instituttene være veksthus, innpakkingspapir, serviceorganisasjon, eller skal man på en måte prøve å bygge ned fagene innenfor instituttveggene og utvikle noe nytt, noe overgripende som skal danne enheten? Den diskusjonen er vi jo i hele tiden, i alle fall på Helse og samfunn. Og *jeg* håper jo at instituttet skal være serviceorganisasjonen for fagene som er under paraplyen. Jeg tror det er det som gir rom for en videre utvikling.

*Sigbjørn Fossum:* Per har allerede nevnt Eric Rinvik som helt sentral i den første store omorganiseringen. Eric er så selvutslettende beskjeden at han vil ikke fremheves, men i den grad vi skal ha navn her, så skal han være med. Det er blitt sagt hvordan han arbeidet med «walking around» og fikk enighet. Han har fortalt meg at han møtte betydelig motstand blant nære kolleger. Heldigvis ble han første bestyrer for Institutt for medisinske basalfag, og klarte å bevise at det gikk an å leve sammen på en aldeles utmerket måte.

Den siste omorganiseringen var jeg selv med på. Og der skjedde det utrolige at det svære sykehusinstituttet gikk veldig greit. Men med det minste av

instituttene, Helse og samfunn, gikk veldig lite greit. Og det var vanskelig, som Stein har påpekt. Igjen var det kolleger som kranglet, men gjorde det på den måten at de gikk til universitetsledelsen. Så skjedde det uhorste, etter min mening, at universitetet sentralt overkjørte og umyndiggjorde fakultetsledelsen og ba om å få et eksternt konsulentselskap som *ikke hadde peiling*, og som skulle overprøve dem som *hadde peiling*, nemlig Finn Wisløff, Edvard Hauff, Mette Langballe og Bjørn Hol. Heldigvis nedsatte de også en styringsgruppe som skulle tilse hva den konsulentgruppen drev med. Vi trakk et lettelsens sukk, for det var Åge Danielsen som ble leder for det, der vi visste at han var så fornuftig at det ville bli sånn som fakultetet hadde bestemt. Og det ble det. Men det kostet ganske mange hundre tusen å få det fakultetet hadde bestemt fremstilt på glørete papir av et konsulentselskap.

Til slutt en siste ting, og det dreier seg om disse midlene som strømmer i strie strømmer fra Helse Øst til forskning. Det går ikke bare til Oslo og oss, det går også til sykehusene ute i helseregionen for øvrig, som har ønsket å få nærmere kontakt med fakultetet og gjerne vil ha professorater osv. Det har vært et betydelig press. Noe av det som skjedde under det forrige dekanatet, var at det ble laget formelle samarbeidsavtaler med alle sykehusene i regionen, og det er et også stort fremskritt.

*Nina Vøllestad:* Diskusjonen om enhetlig ledelse eller ikke ble nevnt. Jeg har lyst til å dra frem noe som jeg syns er blitt gjort i den siste eller de siste omorganiseringene både på studiet og på linjeledelsen, nemlig at vi har fått en ny type todelt ledelse eller parallell ledelse ved fakultetet det siste tiåret. Det er at vi har fått, i hvert fall hvis vi bruker begrepstypen fra bachelor og master, *studieprogramledere* som har ansvar for hvert sitt studieprogram og skal lede det. Det tror jeg fungerer veldig godt. Men det fungerer da slik at de står direkte under studiedekanen. Så de omgår på en måte instituttledelsen. Det er blitt forsterket med den siste omorganiseringen til tre institutter, fordi at de da blir så store at *nærheten til studieprogramlederne* er borte. Så der har vi fått et mye sterkere og mye mer usikkert og uklart mandat i organiseringen vår.

Siste poeng: Når det gjelder organiseringen i 2010, så er jeg enig. Det var mye motstand, men den ble nok ikke alltid så synlig, også fordi prosessen ble gjennomført slik som den ble.

*Elin Rosvold:* Kort oppsummering fra Bjørn.

*Bjørn Hol:* Jeg nevnte det ikke, men det er selvsagt at de som har vært dekaner i denne perioden, jo har vært helt avgjørende viktige for de organi-

satoriske endringene som har skjedd. Per Vaglum nevner dette med *mulighetsrom for ledelse*, og der har det nok skjedd noe. Jeg ser i en tidlig konsulentuttalelse fra en av de tidligere omorganiseringene som påpeker at vanskelige saker skyves nedover, mens de enklere, rutinemessige sakene de skyves oppover. Og det er det ledelsen har legitimitet til å ta seg av. Det har endret seg. Det tror jeg nåværende dekan også kan underskrive på.

Ellers nevnte jeg ikke en liten interessant sak som kom opp i forbindelse med Ahus. For det første vil jeg si at etter den første argumentasjonen for at man skulle stå fritt til å utrede hvilke sykehus som skulle komme inn som et nytt universitetssykehus, har fakultetet støttet og gått sterkt inn for Ahus som universitetssykehus i senere prosesser. De andre tre medisinske fakultetene derimot, de var skeptiske. De skrev et brev til daværende helseminister Tore Tønne i 2000 hvor de ba om som kompensasjon for at Ahus skulle etableres som universitetssykehus i Oslo. De ville ha 85 millioner kroner pluss 6000 kvadratmeter ekstra areal for å kompensere for den sentraliseringen som skjedde i Oslo.

Sigbjørn Fossum tok opp en del ting som jeg ikke hadde tenkt å gå så tydelig inn på, men det var en veldig interessant prosess, og en ganske krevende prosess vi hadde i forbindelse med den omorganiseringen, det må vi vel bare si.

Ellers var det mange andre ting som også kunne vært tatt opp som gjelder organisering, blant annet hvordan studiet vårt er organisert. Et eget tema kunne det også vært hvordan Rettsmedisinsk institutt er organisert, og de prosessene som har vært rundt det. Men det tenker jeg nok ville krevet noe mer tid.

*Elin Rosvold:* Det er jo fint at ting blir nevnt, så kommer det i hvert fall i referatet og som sagt, vi kan ikke få med oss alt. Vi har tillatt oss å ta med oss litt ekstra nå. Og jeg håper at dere som nå har brent inne med kommentarer, kan ta det opp blant annet når vi skal snakke om sykehusene og samarbeid med sykehusene senere.

## **Innføringen av allmennmedisin som fag**

*Øivind Larsen:* Da skal vi ta fatt på et tema som har vært gjenstand for et aktørseminar før, nemlig innføringen av allmennmedisin som akademisk fag.<sup>3</sup> Det er en veldig viktig del av utviklingen ved fakultetet i den perioden

---

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

vi snakker om. Det vil si, det begynte litt før, men selve utviklingen av faget har i stor grad skjedd innen denne perioden. Da er det rimelig at Per Hjortdahl får ordet for å fortelle om det:

*Per Hjortdahl:* Jeg takker for det. Tittelen jeg har fått oppgitt er *Innføringen av allmennmedisin som fag*. Jeg vil også sette en undertittel som heter *Allmennfaget og fakultetet*, for å være mer i tråd med de andre innleggene som har vært.

Som du ordstyrer sier, for ca. fire år siden satt 26 menn og kvinner sammen i åtte timer på Domus Academica og diskuterte allmennmedisin som akademisk fag. Dette er nå publisert i *Michael* som er Det norske medisinske Selskabs publikasjon, og som Øivind står bak på mange måter. Jeg vil bruke det som referanse i dette i stor grad. Og jeg skal oppsummere disse åtte timene på ca. syv minutter. Så det blir derfor ganske mye stikkord, og med noen personlige refleksjoner på slutten.

Allmennmedisin som et fag har eksistert i mange år. Men det lå på soteseng på 1950- og 1960-tallet. Vitenskapelige og teknologiske utviklinger med fokus på spesialiseringen og sykehus, samt den generelle samfunnsutviklingen var medvirkende til dette. Karl Evangs ambivalente rolle med ønske om sterk sentral styring og iver for forebyggende samfunnsmedisin var en av bakgrunnene. Distriktslegene som var offentlig ansatte, satt med et ben i hver leir. Utover landet var det slik at distriktslegene var grunnstammen i landets allmennpraktikerkorps. Dette med dårlig rekruttering til faget bekymret mange etter hvert i 1950-60-årene. Det bekymret særlig allmennpraktikerne selv som tok affære og dannet hva de kalte *trykk- og pressgrupper*. Og de trykket og presset, særlig mot Legeforeningen og Allmennpraktiserende legers forening. De var såpass sterke og effektive at de fikk Legeforeningens sentralstyre til å opprette et fond for legers videre- og etterutdanning fra 1967 og til å sørge for at sentralstyret opprettet og godkjente allmennmedisin som fag.

Det som er viktig å få påpeke, er at drivkraften til å opprette et nytt fag kom innenifra, fra faget selv, fra yrkesutøverne og fra Legeforeningen, samt fra den generelle samfunnsutviklingens begynnende forståelse av at troen på at sentral styring ikke var så viktig lenger. Denne sentralstyringstenden- sen, politisk sett i samfunnet, var vel på dette tidspunktet i ferd med å snu.

Men faget og allmennpraktikerne fikk lite drahjelp fra akademiet. Legeforeningen tok som sagt, grep. Det ble en sentralstyresak, og de bevilget penger til et gaveprofessorat i allmennmedisin ved Universitetet i Oslo som skulle gå over en femårsperiode, samt driftsmidler. Institutt for allmennmedisin ble åpnet i 1968 som et av de tre første i verden. Det var altså rime-



Figur 17: Fra venstre: Einar Kringlen, Kaare Norum, Stein Evensen, Åge Danielsen. (Foto: Øivind Larsen)

lig fremtidsrettet. En helt ny skute og et helt nytt mannskap som skulle ut på det akademiske hav var det som måtte til. Mannskapet var håndplukket og motivert med Christian Borchgrevink som professor og kaptein og med Dag Bruusgaard som styrmann, Åsa Rytter Evensen, Olav Rutle med flere som dugende mannskap.

Dette var tydeligvis møysommelig nybrotsarbeid. De bedrev forskning, undervisning og formidling, de stakkars få sjelene de var. De hadde liten eller ingen allmennmedisinsk akademisk tradisjon å bygge på, for det fantes verken i Norge eller i utlandet. Christian Borchgrevink som professor hadde sin akademiske bakgrunn fra indremedisin og blodsykdommer. Det hjalp ham i forskningssammenheng, men som han selv sier, han hadde ikke kunnskap om det faget han var satt til å være med på å bygge opp. Det var ikke noe særlig drahjelp å få fra fakultetet som helhet når det gjaldt denne oppbyggingen heller. Et eksempel er refusjon av Bent Guttorm Bentsens doktorgradsarbeid. Det som ble levert inn som en av de første doktorgradene i denne sammenheng, ble refusert av miljøet ved Universitetet i Oslo. Men disse nybrotsarbeiderne sto på, som Christian sier i sitt innlegg i *Michael*, «Vi var mer opptatt av handling enn av teori.»

De første årene hadde de, sant å si, lite å formidle og prioriterte å bygge opp undervisningen. De la seg på det jeg vil kalle entusiastisk, erfaringsbasert undervisning. Noe teori begynte å komme fra utlandet, slik som fra Ian McWhinney, en engelsk-kanadisk professor i allmennmedisin, som på en god måte ble gjort til æresdoktor ved vårt fakultet omtrent i denne perioden.

Det ble også skrevet noe, faglig sett, blant annet Den lille grønne *Tanker om morgendagens primærmedisin* som fokuserte på tidlig kontakt med stu-

dentene og gruppebasert undervisning, noe som på mange måter var en forløper til PBL.

Forskningen kom også i gang, men denne prosessen var langt mer møysommelig. Som sagt, det var relativt lite erfaring, for det var få i verden som hadde gjort noe tilsvarende. Det ble innvilget allmennpraktikerstipend som økonomisk sett ble gitt av Legeforeningen. Så kom doktorgradene. Alle var av deskriptiv helsetjeneste-forsknings-art. De utfylte de hvite områdene på det allmennmedisinske kartet, var av forskningsmessig relativt enkelt hierarkisk nivå, men de kom, og de var viktige. Jeg opplevde dette som akademisk allmennmedisins første glansperiode ved Universitetet i Oslo.

Mye skjedde i miljøet. I 1983 ble spesialitetene *allmennmedisin* og *samfunnsmedisin* etablert som to *separate spesialiteter*. Det har vært skrevet, og i tittelen står: Det ble *tvillinger*! Noen har hevdet at det er *siamesiske tvillinger*. Jeg er nå ikke så sikker på det. Det var mye entusiasme, mye arbeid, det var et fag i medvind. Og alt dette er godt dokumentert i *Michael*.

Jeg kom selv inn på instituttet i slutten av denne perioden. Jeg kom litt sideveis. Jeg hadde studert medisin i USA, hele studiet. Jeg begynte på spesialiteten neurokirurgi, men bestemte meg for å komme tilbake til Norge og endte opp som særplassert turnuskandidat, helt alene som doktor på Værøy og Røst. Jeg skulle være der et halvt år, men det var så gøy at jeg ble der i fire år – helt alene. Det var da jeg ble en konvertert – en konvertitt! Jeg gikk fra tanke om neurokirurgi til allmennmedisin.

Så meget av dette som følger er bygget på mine egne observasjoner fra innsiden, men allikevel litt som en outsider.

Nybrotsarbeidet på instituttet tok på. Arbeidsoppgavene økte raskt, men ikke kom det flere ansatte. Etter femten-tyve år begynte slitasjeutfordringene å melde seg. Og mannskapet begynte å mønstre av en etter en. Enkelte gikk over til sosialmedisin, dvs. flyttet til Bergen, noen gikk over i trygdemedisin, andre reiste til utlandet eller gikk tilbake i praksis. En av de mest lovende unge døde brått. Det ble relativt folketomt på instituttet. Men med mange av de samme arbeidsoppgavene. Det ble sant å si litt ensomt. Allmennmedisin lå igjen på sotteseng. Men denne gangen var det *allmennmedisin som akademisk fag ved Universitetet i Oslo* som slet. Rundt om i landet blomstret det på mange måter videre i de allmennmedisinske miljøene. Bergen var kommet i siget, Tromsø hadde en ny og progressiv studieplan. Etter hvert kom også Trondheim med egne seksjoner eller avdelinger for allmennmedisin, mens vi slet i Oslo.

Hjelpen denne gangen kom *ikke* så meget utenifra i form av press- og trykkgupper, men *internt*, nemlig fra fakultetet selv, ved visjonen om studieplanen Oslo96 som vi har hørt mye om. Den ble på mange måter red-

ningen for oss. Den innebar *endringen av en hel filosofi* for medisinerstudiet. Det var ganske dramatisk, og allmennmedisinen med sin ferske erfaring i undervisning sto sentralt i dette arbeidet. Det var mye grunnet det arbeidet som vi hørte om, lagt i studieplanvurderingen fra 1977, som hadde begynt å fremheve allmennmedisin. Noen av disse elementene var tatt inn i undervisningen og var rimelig moderne og progressive. Dette arbeidet med Oslo96 begynte for oss tidlig på 1990-tallet.

Konkret for oss innebar dette at vi ble oppgradert til *et av de tre kliniske hovedfag*. Vi ble tydeligere i studieplanen, og vi ble tildelt ca syv prosent av den totale undervisningstid – bare for å nevne det: Kirurgi hadde åtte prosent og indremedisin hadde ni prosent. Som et av de tre kliniske hovedfag var det godt fordelt.

Det andre var at vi var en rød tråd gjennom hele studiet. Vi skulle binde studiet sammen, bortsett fra ett semester. Dette har vi vel ikke greid helt, men tanken var god. Det var to tydelige knuter på denne røde tråden, tidlig pasientkontakt i første semester, og vårt eget semester, det tiende semester, som var på deling med sosialmedisin og rettsmedisin.

Så var det dette nye med praksisperiodene som var på *seks pluss seks uker* i tiende semester. Dette var ganske innovativt. Det betyr seks uker hos en *allmennpraktiker* og tanken var seks uker på et *lokalsykehus* i samme geografiske område som allmennpraktikeren. På den måten skulle studentene få oppleve kjeden i helsetjenesten fra allmennpraktikere i lokalmiljøet, til lokalsykehuset og tilbake igjen. Jeg hadde egentlig litt vanskeligheter for å forstå det til å begynne med. Jeg må si at jeg var litt sur på daværende dekanus Stein Evensen som skulle tvinge sykehusmedisin inn i vårt nesten «rene» allmennmedisinske tiende semester. Etter hvert har jeg bøyd hodet i støvet og tenkt at «Fytterakker'n så fremtidsrettet du egentlig var.» Så det skal du får høre nå i offentlighetens lys, Stein.

Dette var jo forløperen til *samhandlingsreformen*. Det som det ble lagt grunn for, og det som man har greid å videreføre på mange måter, er nettopp denne kjeden, at de studentene kom seg ut av universitetssykehuset. De kom seg inn i lokalmiljøet, og de fikk se hvordan primærmedisin og lokalsykehus *virket sammen*.

Videre: Integreringen i de to avsluttende semestrene og aktiv deltakelse i den store eksamen ved avslutningen i studiet, hvor det var en helhetlig kvalitetssikring av studentene som ble gjennomført på lik fot med kirurgi og medisin. Det var en «stasjonseksamen» hvor allmennmedisin hadde samme ansvar som kirurgi og medisin for å kvalitetssikre studentene før vi slapp dem ut. Dette var også et stort løft for oss.

Arbeidet med den nye studieplanen var morsomt og revitaliserte mye av entusiasmen ved avdelingen og instituttet. Men det ga også nye utfordringer og ny slitasje. Det viste jo bare at historien gjentar seg.

Noen av betraktningene mine: Allmennmedisinerne fikk klarere definerte roller i studiet, men opptrappingsplanen med å gjøre oss til et tredje klinisk hovedfag førte ikke til økning av den fast ansatte staben. Vi ble smurt enda tynnere utover. Ved praksisperioden i første og tiende semester etablerte vi en ytre etat med om lag 140 allmennpraktikere ansatt som universitetslektorer. De var og er en fantastisk gruppe med dedikerte praksislærere. Men det er en enorm utfordring å holde kontakten med 140, og å kvalitetssikre den undervisningen de gir. Vi har greid det, men videreutvikling av dette tror jeg er en av de store oppgavene vi har foran oss. Denne praksisundervisningen var synliggjort som en egen budsjettpost og ble av mange oppfattet som *dyr undervisning*. Stadig utsatt for budsjett-trusler opplevde vi at denne undervisningsformen var sårbar.

Så er det et lite poeng som jeg har kalt «gjøkungesyndromet»: *Allmennmedisin* som *akademisk fag* sprang slik fagorganiseringen er ved Universitetet i Oslo, ut av *samfunnsmedisin og hygiene*. Vi vokste oss store, vi tok oss til rette og har ikke vært like flinke med å integrere og samarbeide med den andre delen av samfunnsmedisinen. På en måte har vi blitt oss selv nok. Dette skillet går faktisk helt tilbake til Karl Evangs dager med distriktsleger som embetsmenn, fastleger med splittede roller og rene allmennleger. Fagets rolle er delt i to ulike deler.

Hvor forskjellige, hvor integrerte er egentlig rollene som samfunnsmedisiner i den praktiske hverdagen og en klinisk rettet allmennlege? Dette er en diskusjon vi ikke er ferdig med i denne delen av akademiet. Historisk har vi sprunget ut fra klinikerne. Det var allmennpraktikerne selv, utøverne, som dannet grunnlaget for det akademiske faget allmennpraktikere i Norge og i utlandet på mange måter. Nå er det nok slik at allmennpraktikerne, klinikerne, opplever at de på mange måter *eier* det akademiske faget *allmennmedisin*. Dette kan være tilsvarende i andre kliniske spesialiteter, men jeg opplever vel at dette er sterkere i allmennmedisin enn i de mange andre kliniske fagområdene. Et eksempel på det er at allmennmedisin er den eneste spesialiteten i Norge i dag som må *fornyes*. Den forfaller etter fem år, og du må ha en viss mengde klinisk allmennmedisin for å kunne fornye spesialiteten din. Og det bør være mer enn den 20 % -prosenten vi er tillatt å være i professor 1-stilling.

Så jeg som er professor 1 ved Universitetet i Oslo, har altså mistet min spesialitet, jeg er professor i allmennmedisin, men jeg er ikke lenger spesialist i faget allmennmedisin. Det er et paradoks. Nå er det er jo allmenn-

praktikerne selv som styrer hvem som skal få bli spesialister eller ikke, og det er mine kolleger, klinikerne, som har sagt at, nei, du som akademiker, du får ikke være spesialist i allmennmedisin. Dette er en diskusjon som har pågått og vil pågå, men det illustrerer i hvert fall ganske godt dette: Hvem *er* det akademiske faget allmennmedisinen?

Men – og her er avslutningen min: Når alt dette er sagt om undervisningen, er det viktig å få frem at faget på mange måter har blomstret, særlig når det gjelder forskning, forskerutdanning, rekruttering av stipendiater, og deltakelse i internasjonalt arbeid. Jørund Straand skal ha mye av æren for denne siste revitaliseringen. Dette har han gjort sammen med andre gode medarbeidere på instituttet. Det er igjen morsomt å arbeide på Avdeling for allmennmedisin på Institutt for helse og samfunn. Dette er nåtids-historie, så det var viktig å få med det også.

Nye utfordringer står for døren, blant annet vokser det frem et enormt kompleks med «samsykdommer», kroniske sykdommer som kombinerer seg på nye måter og som ikke har diagnoser eller utviklingstid. Hvordan utdanner vi studentene for å møte disse? Dette er fremtiden, og det skal jeg ikke gå inn på nå. Det overlater vi til diskusjonen.

*Per Brodal:* Jeg har bare noen refleksjoner om allmennmedisin inn i Oslo96. Jeg vil bare støtte din fremstilling når jeg tenker tilbake, det ble ikke gitt tilstrekkelige ressurser til at dere virkelig kunne ivareta de oppgavene som det ble forventet, i forhold til å være et tredje hovedfag. Det ble smurt veldig tynt utover og det er vel fortsatt et problem. Og det er klart det skaper også problemer for rekruttering, hvis det blir for mye tynt.

Allmennmedisinen representerer vel egentlig en *annen tenkemåte*, og *skal* kanskje representere en annen tenkemåte enn klinisk medisin. Det er viktig at disse møtes og brynes mot hverandre tidlig i studiet, at studentene opplever det, ikke sånn som studentene i Bergen fortalte meg at det kom som et sjokk i siste semester av studiet at nå fikk de plutselig en helt annen verdensanskuelse. Det var ingen som hjalp dem til å forene disse to, den de hadde vært sosialisert inn i med høyspesialisert klinisk medisin, og så plutselig kommer allmennmedisinen inn med sin måte å forstå verden på. Og så skulle de ut og praktisere. Sånn må det ikke være og sånn tror jeg ikke det er, men det er en fare for det fordi de kliniske høyspesialiserte fagene er så sterke og har så stor påvirkningskraft på studentene.

Jeg vil også fremheve at det vi har som jeg mener er veldig bra i Oslo96, er *utplasseringen i første semester* som kvantitativt er en liten del, men som betyr veldig mye for å presentere faget, og for å presentere studentene for gode rollemodeller. Men *kvaliteten må være god*. Det krever masse oppføl-

ging. Så dette er sårbart. Bare man gjør det dårlig noen år, så faller det bort. Det har vært et stadig trykk for å bli kvitt dette kostbare og tilsynelatende meningsløse – hvorfor i alle dager skal studentene ut å møte en allmennpraktiker før de kan noen ting? Men når det gjøres på den måten det har vært gjort, og vært styrt og fulgt opp, så tror jeg det er veldig verdifullt.

Også *utplasseringen i tiende semester* kan bli dårlig eller den kan bli god. Og skal den bli god, så krever den masse arbeid. Ikke minst Per Hjortdahl og andre har fulgt opp, Elin blant annet, og lagt masse arbeid i det og kan underskrive på hva det koster. Det er viktig at vi ikke tror at sånt noe går av seg selv. For igjen, det er helt avhengig av kvaliteten, ellers blir det bare en pusteøvelse hvor vi kan rose oss med at vi har så fin utplassering, og vi har så fint ditt og datt, men innholdet er egentlig blitt uthulet fordi at det ikke er noen ildsjeler (lenger) som orker å følge opp og tilse og ha kontakt med alle disse der ute.

*Øivind Larsen:* Da har jeg en liste hvor det står tre eller fire. Vi er nødt til å være kortere. Ikke for å kritisere vår fortreffelige innleder, altså, men han holdt på noe lenger enn vi hadde forutsett. Så nå, under Jørund Straands innlegg, hvis det er noen som ønsker ordet til denne sak, gi et tegn.

*Jørund Straand:* Historien om faget som ble kjøpt inn i akademiet er jo også en historie om at det tar tid å bygge et fag som en akademisk disiplin. Og spesielt et fag som har sånn en enorm tematisk bredde som allmennmedisinfaget – som også gjenspeiler seg i en tilsvarende bredde når det gjelder forskningsmetode.

«Du skal skrive ditt fag,» sa Per Fugelli i sin tid, og mye av den formidlingen som har vært gjort, den har bestått i å lage den første, en mindre, en mer ideologisk preget lærebok som i stor grad var forankret i Oslo-miljøet. Men ikke minst deltakelse i den stor nasjonale dugnaden som *Lærebok i klinisk allmennmedisin*, redigert av Steinar Hunsgård i Bergen, som jo etter hvert har blitt en nordisk standardlærebok, som har vært av stor betydning.

Ellers er det et viktig forhold som ikke direkte har med fakultetet å gjøre, men Dag Bruusgaard var sentral i arbeidet på slutten av 1980-tallet. Da var det altså i 1986 til 1990 at NAVF, som det da het, hadde et eget forskningsprogram på allmennmedisin. Der var det ca. 30 personer som var innom i større eller mindre grad på forskerkurs. Noen – 10-12 – fikk også mer eller mindre stipend, nasjonalt sett. Poenget er at dette programmet ble evaluert av et internasjonalt panel. Det var Sophie Fosså som var den norske representanten allerede i 1990, nesten før programmet var avsluttet. Da var det to som hadde disputert eller hadde levert inn (avhandling). Det var svært

nedslående evaluering av denne satsingen. Og det har «sittet» i Forskningsrådet i alle år etterpå.

Men når man ser litt på hvordan det har gått etterpå, så ser man altså at man har vurdert treet før frukten var moden. Fordi i ettertid viser det seg at av dem som var innom dette programmet, er det 18 som bekler professorater innen allmenn- og samfunnsmedisin. 26 har disputert seinere. Så det er vel knapt noe program i Forskningsrådet som har vært mer vellykket enn det.

Fram til 2006 så var det vel kanskje ca. 100 som hadde disputert innen allmennmedisinfaget. Bare nå har vi 100 stipendiater, hvorav over 30 i Oslo, så det bare viser litt om hvordan utviklingen har gått. Vi publiserer internasjonalt i de vanlige tidsskriftene som ellers, så det har vært en veldig positiv utvikling. Men Bergen til Oslo er altså to til en når det gjelder intern bemanning, bare så det er sagt.

*Per Vaglum:* Utplasseringen i første semester er veldig viktig og veldig god. Det gjør at i første semester av studiet vårt møter studentene *hele medisinen*, fra biologi til etikk, via statistikk, atferdsfag, allmennmedisin osv. Resten av studiet er egentlig en fordypning av første semester. Jeg vil si at Oslo96 traff blink med det.

Punkt to: Den utplasseringen var veldig dyr, sier du. Og den har egen budsjettpost. Det var faktisk den eneste vi fikk når det gjaldt å utvide rammen for Det medisinske fakultet da vi innførte Oslo96. Det var at kollegiet etter mange stridigheter gikk med på – som jeg vel har sagt en gang før – gikk med på å supplere rammen for Det medisinske fakultet med et par millioner som skulle gå til utplasseringen. Så der har allmennmedisinerne en rekord, nemlig at man har klart å *utvide rammen*. Det er det ingen andre fag som har klart!

*Borghild Roald:* Jeg vil slå et slag for lærerne. Jeg tror at et av de viktige grepene vi tok da vi diskuterte gjennomføringen av den utvidede utplasseringsperioden i Oslo96, var at vi gjorde *allmennpraktikerne* som satt rundt om i hele Helse Sørøst til *lektorer*. Jeg fått enormt mange tilbakemeldinger på at de plutselig følte seg *inkludert i fakultetet*. Før hadde utplassering vært et enormt administrativt arbeid hvor man måtte ringe rundt hvert semester og trygle folk om å stille som praksislærer i allmennmedisin. Plutselig fikk vi nå en stamme av lektorer som lojalt følte at de *tilhørte fakultetet*.

*Januarseminaret*, den årlige samling av alle som er med i 10. semester-utplasseringen, trekker folk sammen og får dem til å tilhøre et kollegium,

samtidig som de og får input med hensyn til fag, pedagogikk og kunnskap og tanker rundt studiet. Jeg tror det var et kjempeviktig grep.

En liten kommentar til slutt. Det snakkes om *tre kliniske hovedfag*. Vi har *fire kliniske hovedfag*. Jeg synes man ofte glemmer *psykiatrien*.

*Ole Berg:* Til historien og til Evang, noe som du ikke nevnte, Per. Vi var så vidt inne på dette med at *distriktslegerollen* jo var en *kombinert rolle*, altså at legen både var *allmennmedisiner og hygieniker*, som man vel sa, den gangen. Evang ønsket at distriktslegene – sånn som fylkeslegene i løpet av femtiårene var blitt fullt ut – altså skulle være en slags *lokale helsedirektører* og ikke ha noe klinisk arbeid ved siden av i det hele tatt. Han tenkte seg også at distriktslegene skulle komme i den posisjonen at de for så vidt var *rene hygienikere*.

Det han kanskje ikke tenkte nok over da, var at dette innebar at den gamle *distriktslegerollen*, denne *kombinertrollen gikk i oppløsning*. Og det var jo det som skjedde i løpet av syttiårene. Og da det gikk opp for ham, i januar 1977, så reagerte han voldsomt med to artikler i Aftenposten, og sa at det var en ren katastrofe som myndighetene la opp til.

Mork kastet seg også på dette og ble da, som jeg pleier å si, fra da av *leder av helseopposisjonen i Norge*. Så fikk vi altså loven i 1982 som trådte i kraft i 1984, og disse rollene ble atskilt. Da betydde det samtidig at den rolle som hadde vært den *tyngste bærer av de medisinske tradisjonene* i Norge, nemlig distriktslegerollen, forsvant, til dels med ganske stor støtte fra det allmennmedisinske og samfunnsmedisinske miljøet. Men det skapte en *identitetskrise* som jeg føler at både allmenn- og samfunnsmedisinen fortsatt er preget av. Det kommer litt på toppen av at begge fag fortsatt har litt problemer med sitt teoretiske grunnlag. Er det aggregatfag, eller er det et fag som faktisk har sin egen teori? I så fall hva slags teori skal det være?

Så jeg oppfatter at begge disse fagene fortsatt har store identitetsproblemer. Men det som skjedde, altså *dramatikken omkring 1982*, den synes jeg hører med i den historien som du forteller, og fortalte, synes jeg, på en veldig artig måte.

*Einar Kringlen:* Rett etter krigen var det vel en 2500 leger her i landet, nå nærmer vi oss 25 000. En voldsom ekspansjon. Men en profesjon som har økt enda mer, er psykologene gjennom de siste par tiår. Ikke minst har det vært en økning av kliniske psykologer. Det er derfor ikke merkelig at disse vil inn på legekantorene i kommunen. Hvordan stiller allmennelegene seg til dette? Det kan kanskje Hjordtahl svare på. Selv er jeg nokså reservert til en slik utvikling. Med psykologer på fastlegekantorene ser jeg for meg at

det da blir lett for at legen skyver alle pasienter som har psykiske problemer over til psykologen. Det vil være uheldig av flere grunner. Allmennlegen skal jo være en generalist og derfor også ha en viss kunnskap om psykiatri, i alle fall lettere psykiske lidelser. Hvis psykologen skal overta alle pasienter med psykiske problemer, blir legen en ensidig somatiker – en meget uheldig utvikling. Dessuten er mange psykiske problemer knyttet opp mot somatikk som psykologen vet lite om. Mange pasienter med psykiske lidelser kan i perioder ha behov for medikamenter, noe som heller ikke psykologen har kunnskap om.

Det andre spørsmålet gjaldt *spesialist i allmennmedisin* – for øvrig en vanskelig betegnelse – er de fleste allmennleger «spesialister», kan du angi prosenttall?

*Randi Gerd Øverland:* Da jeg i tidenes morgen startet på fakultetet, under den forrige studieplanen, ca. 1977, var utplassering i allmennmedisin delt mellom plasser i Oslo og på landet – i landet for øvrig. Jeg tror det var halvparten av kullet som hadde utplassering i allmennpraksis i Oslo. Vi hadde en avtale med Oslo Kommune. (Jeg) lurte på med den nye studieplanen – om *storbyaspektet* er forsvunnet fra allmennmedisinfaget, i alle fall for studentene? Og om det avspeiler utviklingen innen faget som disiplin, eller om det er et hull både undervisningsmessig og forskningsmessig?. Og jeg lurte på om nå, med samhandlingsreformen og det ene med det andre, om vi ser sterkere behov for å få storbyperspektivet mer inn i faget?

*Gunnar Bjune:* Hjortdahl fikk fram veldig fint at det faget vi nå kjenner som allmennmedisin, ble til ved en protest mot det forrige paradigmet, som en kan kalle *offentlig helse* eller *hygiene* om en vil. Det som er viktig å legge merke til, er at dermed forsvant på en måte *offentlig helse og primærhelsetjeneste* noe ut av fakultetet. Det befinner seg stort sett i dag på Folkehelseinstituttet. Jeg opplever at dette er et ganske vesentlig hull i det å kunne være heldekkende medisinsk fakultet.

*Per Hjortdahl:* Først til Einar Kringlen. Jeg tror ikke nødvendigvis psykologene har noen plass på allmennlegekontoret. Det vi imidlertid trenger, er å *skolere allmennpraktikerne bedre i psykiatri*. For meg er *psykiatri* pluss delvis *hud* to av de hvite – eller grå – flekkene eller områdene på allmennpraktikerkartet hvor vi godt kan gjøre mer. Veldig mye av hverdagspsykiatrien blir håndtert i allmennmedisinen. Og bør forbli der. Det er integrerte deler av hele sykdomskomplekset. Slik at det å la psykologer ta seg av den delen av legemet, av *personen*, det tror jeg er den gale veien å gå. Det tror



Figur 18: Jan Frich og Randi Gerd Øverland. (Foto: Øivind Larsen)

jeg også miljøet er enig med deg i. Men vi ser jo på psykologene som gode samarbeidspartnere, hvor de har spesiell kompetanse til å stille opp som ikke vi har muligheter til å ha, eller som psykiaterne ikke kan hjelpe oss med. Og det skjer vel også i perioder.

Du spurte litt om antall spesialister. Det er omtrent *halvparten* av landets allmennpraktikere er *spesialister i allmennmedisin*. Som sagt, det forfaller, så det er ikke alle som passer på det å fornye spesialiteten. Men det er også knyttet bedre lønninger til det å være spesialist, så de aller fleste allmennpraktikere er flinke til å følge opp videre- og etterutdanning, av faglig interesse, men også helt sikkert av økonomiske hensyn. Det er ca. 30 % som er under utdanning på ulike måter, og så er det en 20 % som fremdeles ikke har bestemt seg for å gjøre noe ekstra for å bli spesialist i allmennmedisin. Dette er i endring. Det er veldig spennende å se nå med dette arbeidet som Borghild snakket om, om den fremtidige spesialiststrukturen i Norge, hvor dette helt sikkert blir en viktig diskusjon.

Så var det Randi Gerd: Du setter fingeren på noe som er veldig spennende, nemlig den overgangen som gikk fra den forrige studieplanen til den nye. Det var riktig som du sier, at det var *utplassering*, og halvparten ble gjort i Oslo og halvparten utenfor. Da vi laget det nye opplegget med Oslo96, ønsket vi å reservere *Oslo og Oslonære områder* til den *tidlige pasientkontakten*. Det dreide seg om dager av gangen, men spredt utover et helt semester, slik at det var vanskelig å flytte utenfor byen. Da var det viktig å ha gode allmennpraktikere innenfor det området.

Samtidig var det en del i den gamle ordningen som hadde hospiteringene sine i utlandet. Dette var et ganske vanskelig punkt, fordi i den nye studieplanen Oslo96 besluttet vi vel at utplassering i utlandet i denne tidsperioden ikke var gunstig. Vi mente at norsk samfunnsmedisin, norsk allmennmedisin best burde læres nasjonalt. Det er vel en ting som vi tenker litt nytt på, men at dette har vært et stridens eple en periode, det er helt sikkert.

Du sier – kan *storbyaspektene* forsvinne? Jeg tror du har helt rett i det. Dette er vel en av de tingene vi må ta vare på og se om vi kan få fornyet på en eller annen måte. *Storbyhelse* er et stadig økende problem. *Storbylegevakt* er noe helt eget i de største byene, og finnes ikke utover det meste av Norge. Mye samhandling med de andre spesialistene er også helt annerledes. Innvandrergrupper, ikke minst, trenger også spesiell fokus i denne sammenheng. Så det er et hull som vi må tette på en eller annen måte.

## Nytte og nysgjerrighet i forskningen

### «Nytte» og nysgjerrighet sett fra basalforskningen

*Jon Storm-Mathisen:* Nytte og nysgjerrighet, det er et fint bokstavrim. Det var vel lansert som at det skulle være en *motsetning* mellom disse. Men det er trolig et feilspor, for det *blir nytte* hvis det *starter med nysgjerrighet*. Og Sigbjørn Fossum har et sitat – jeg vet ikke hvor han har det fra, men jeg pleier å sitere ham for det – og det er: «Forskjellen mellom anvendt forskning og grunnforskning er at grunnforskningen er mye mer anvendelig.»

Jeg kom inn i forskning så smått da jeg var student i 1960, og det var på Anatomisk institutt. Mitt inntrykk er at i det feltet hvor jeg har vært – var vi opptatt av å finne ut noe *om naturen* – hvordan den virker, hvordan den er satt sammen. Og det var det vi var interessert i å gjøre. Om det var *nytte eller ikke*, det syns ikke vi var så viktig.

Jeg tror heller ikke at jeg kjente til fra det miljøet at det var noe press på at vi skulle gjøre *det* eller *det* eller *det*, og at vi ikke fikk lov til å gjøre *det*. Det var en veldig stor grad av frihet på Anatomisk institutt. Men det var en ting som var *implisitt*, jeg tror ikke det var sagt, men det var helt klart, at du måtte bare drive på og gjøre *skikkelig bra ting*, det var det som var kravet.

Jeg tillater meg å tro at anatomene hadde suksess av denne grunn helt fra gamle dager, da Jansen og Brodal startet det hele. Et ekstremt eksempel er jo Bjørn Reino Olsen som var nevnt her. Han begynte med noe helt annet enn det vi hadde drevet med der før. Men han gjorde det så bra at

folk skjønte at han var et spesielt talent, og han fikk all støtte. Det var akademisk frihet i praksis!

Så er det da dette at alt skal være *relevant*. Det har kommet inn sånn midt imellom nytteforskning og grunnforskning. Og det hjelper på en måte, for det er rimelig å vente at vi har et blikk for hva det vi gjør eventuelt kan brukes til. Men noen ganger kan det være nødvendig å vente veldig lenge før man får relevansen. Jeg var for to år siden i Praha. Og da ble jeg vist inn i det fakultetsrommet hvor Doppler hadde lansert sin observasjon om Dopplerfenomenet, og det var jo på 1800-tallet (1842). Jeg tror ikke han hadde tanker i det hele tatt – eller at noen den gang hadde tanker for det som dette viste seg å kunne brukes til i medisinen, og nå blir brukt til hver eneste dag over hele verden.

Hva er det som styrer hva vi driver med? Det er i veldig stor grad *finansiering*. Vi holder på med perioden fra 1970-tallet og framover. Og fra 1970 til 1990 var det sånn at vi hadde nesten nok med *annuum*, og Forskningsrådet ga noen rammebevilgninger til støtte, uten at det var veldig sterke føringer på hva vi skulle gjøre. Da hadde du mulighet for å drive med det du syntes var interessant. Men den gangen var jo forskningen ikke så dyr. Det var ikke så vanskelig å få nok penger til å kjøpe de reagensene vi skulle. Men ganske snart, som Sigbjørn var inne på, har det skjedd en revolusjon, og alt ble mye dyrere. Samtidig skrumpet pengene universitetet har, inn til å bare være nok til å betale lønn. Da ble det nødvendig å søke rundt omkring alt man kunne. Da ble det hele tida krevd at det skulle være relevant for en eller annen sykdom eller ha en umiddelbar praktisk nytte. Og sånn er det med EU også. Hvis du skal søke EU, så må du fortelle dem at du kan løse et av de problemene som EU har.

Da er vi utpå 1980-tallet og fram på 2000-tallet. Men nå er det noen som har sett at det er ikke så bra hvis grunnforskningen hele tiden blir skadelidende. Og når det gjelder å legge vekt på grunnforskning – EU-systemet har etablert ERC European Research Council, hvor det er ett krav, og det er at det skal være *god forskning*. Om den skal brukes til noe, det er uvedkommende. Men der er det veldig høye krav for å få noe. Så det er veldig få søkere som lykkes.

Hos oss har vi opprettelsen av *Senter for fremragende forskning (SFF)* som har vært et tiltak i retning av å styrke grunnforskningen. Og det er det litt mer å si om. Men det er i hvert fall sånn at det er en erkjennelse av at *grunnforskning* er *grunnfellet*. Et eksempel på at noen skjønner det, har vi i Fred Kavli, som sier noe sånt som at «nysgjerrighet har brakt mennesket dit hvor vi er i dag. Og jeg har ikke den ringeste tvil om at den kommer til å bringe oss dit vi trenger å være i framtida». Så derfor gir han alle

pengene sine som han har tjent på produkter av anvendt forskning til grunnforskning.

Så er det en annen ting som driver. Det er *lovgivning*. Det er vel to nye bestemmelser i lovgivningen som har betydning i denne sammenheng, og som er kommet i løpet av 2000-tallet. Det er nå er *fire ting* som universitetene skal gjøre. Det er ikke bare å *forske* og *undervise* og *formidle*, de skal også drive med *innovasjon*. Der har man stjålet, lagt en spesialbetydning inn i ordet *innovasjon*, og det betyr vel i den sammenhengen at forskerne skal lage noe som det kan bli penger ut av.

Den andre bestemmelsen som på en måte er motvekt mot kravet om innovasjon, er at det er lovfestet at det skal være *akademisk frihet*. Da bringer det meg til en avslutning, for akademisk frihet er ikke mye verdt hvis du ikke har penger så du kan gjøre noe. Da NFR opprettet SFF, ble det mye bråk. Det var mange som var lei seg fordi de ikke fikk penger. De ble naturligvis litt misunnelige. Det er ikke så rart, fordi de som ikke fikk SFF, hadde ofte ikke noe å forske for. Og da er vi ved essensen. For forskningsrådets midler til fri forskning har de i mange år sagt de skal øke. Men de har ikke klart å gjøre det, sann at ikke en gang midlene har holdt tritt med inflasjonen. Hvis de hadde økt dem, så hadde det vært mye lettere å få alle ting til å gå. Da er det interessant at organisasjoner som EMBO og National Science Foundation i USA sier at hvis du har innvilgningsprosent på under 20, så er det counterproductive fordi at alle de som er i de 20 prosentene, de er så gode at det er bare lotteri som bestemmer om du får forskningsmidler eller ikke. Det ser vi egentlig eksempel på nå i den siste runden på SFF. (Ole Petter Ottersen har gitt meg noen opplysninger for dette innlegget.)

*Elin Rosvold:* Da skal vi over til Per Vaglum. Jeg vet ikke om du snakker om lotteri, men du skal snakke om kamp –

### *Kampen for å sikre klinisk forskning ved Det medisinske fakultet*

*Per Vaglum:* Ja, det er ikke lotteri, men det jeg tenkte jeg skulle fokusere på, det var den kliniske forskningen. Og med klinisk forskning så mener vi at *forskningsobjektet er pasienter*, og intensjonen er å forbedre diagnostikk, behandlingseffekt, omsorg og forløp av sykdom og skade.

Det som først og fremst skiller *klinisk forskning* fra *laboratorie- og epidemiologisk forskning*, er det enormt store *administrative arbeid* som følger av det nødvendige samarbeid som forskeren må ha med både pasienter og behandlere over tid, og ofte på tvers av institusjoner. For å gjennomføre

klinisk forskning må man ha tre ting, man må ha *forskere* som har tid og kontroll over tilgang av relevante pasienter, man må ha *behandlere* som har tid nok og motivasjon til å følge protokollene, og man må ha *pasienter* som er villige til å delta.

Som de gamle, de eldre her vil huske, sto på slutten av 1970-tallet og begynnelsen av 1980-tallet den kliniske forskningen i Norge svakt, også ved vårt fakultet. En viktig grunn kan være at de fleste *kliniske professorene* var *forskningsmessig skolert i basalfag i preklinikken*. Og i den grad de da fortsatte å forske eller veilede forskning etter at de var blitt professorer i klinikken, så valgte de gjerne laboratorieforskning, eller så deltok de i kliniske medikamentstudier organisert og ledet av legemiddelindustrien.

Spissformulert kan man hevde at professorene ved de kliniske avdelingene hadde tilstrekkelig makt over klinikerkollegiet og over pasienter og andre ressurser til å drive med klinisk forskning, men valgte i stedet i stor grad å drive med *industriavhengig eller basalpreget forskning*.

Dette var Forskningsrådet klar over i 1970. Flere nasjonale komitéer ble – som dere sikkert husker – satt ned og kom med masse forskjellige tiltak for hvordan man skulle kunne sikre den kliniske forskning ved universitetsavdelingene, uten at noe av dette førte fram i praksis – med ett unntak: Det nasjonale program for styrking av klinisk, psykiatrisk forskning som startet i 1982 og ble lokalisert ved vårt fakultet, ble stor suksess. Og nå er det endt opp med et Centre of Excellence her også. Og de fleste av de som har drevet frem klinisk psykiatrisk forskning i Norge, ble da barn av dette.

Rundt 1990 ble mulighetene for de kliniske professorene til å drive klinisk forskning ved vårt fakultet utfordret – som dere husker – på en dramatisk måte. Da begynte de store nedskjæringene av budsjettene til universitetssykehusene, og de nedskjæringene var formidable. Ressurser som skulle gått til universitetsoppgavene, ble brukt som salderingspost for å holde sykehusene gående. Kampen om det såkalte *universitetstilskuddet* ble intens og til dels nesten voldsom. Universitetstilskuddene var midler Stortinget hadde bevilget for universitetsformål som en kompensasjon til sykehuseierne for arbeidstid, lokaler, utstyr osv. som var nødvendig for å drive undervisning og forskning. Ullevål sykehus fikk for eksempel et tilskudd på ca. 120 millioner i året.

Da vi i fakultetsledelsen gikk gjennom hva *sykehuset faktisk brukte* på *universitetsoppgavene*, fant vi ut at det i beste fall dreide seg om ca. 8 millioner av de 120. Og våre ansatte i sykehusene, til dels med tårer i øynene, rapporterte at de ikke lenger hadde tid til forskning, nesten ikke til undervisning, og at ingen andre sykehusansattes tid enn de som formelt var ansatt av universitetet, kunne brukes til forskning eller undervisning, slik man

alltid hadde gjort. Vi i fakultetsledelsen protesterte naturligvis overfor dette, og overfor sykehusdirektørene og henviste til universitetstilskuddet, men kom ingen vei. Så måtte vi i stedet gå til Rådhuset og til Sosial- og helsedepartementet med våre klager. Vi oppnådde til og med et møte hvor både helseminister og forskningsminister møtte. Men uten noe resultat. Jo, ett resultat ble det. Sykehusdirektørene gikk til slutt med på hver for seg å subsidiere vårt fakultetsbudsjett med et bidrag i størrelse ja, ikke 10 millioner som dere kanskje tror, men 1 million per år.

Etter at min dekantid var over, forsvant disse midlene meget raskt. Det ble ikke orden på dette før foretaksreformen i 2002 medførte at det tidligere universitetstilskuddet nå ble til en *øremerket bevilgning for forskning* i helseforetakenes budsjett som ikke lenger kunne brukes til å saldere det øvrige budsjettet. Nå er midlene der, i alle fall skulle de være der, til å kunne drive god klinisk forskning.

Men har da våre nå professor-2-ere tid til dette? At de som innehar professor-2-stillinger kan drive med det de skal? Det ble nødvendig med kamp for det også, for å få nok tid til det. Sykehusene mente at 20 % av stillingen, tilsvarende hva som ble betalt fra Universitet, var all den tid som professor-2-stillingene skulle bruke på universitetsoppgavene. Vi på vår side hevdet at sykehusene skulle legge i alle fall til det samme. Slik at det kunne bli 40 % av en arbeidstid på 40 timer. Dette var en lang oppoverbakke, men det ble faktisk endelig akseptert. Men jeg undrer meg nå på om det faktisk gjelder også nå.

Et annet lite moment: I 1990 hevdet sykehusledelsen da vi skulle sette opp disse budsjettene, hvor mye som ble brukt til forskning og undervisning, at de såkalte D-stillingene var halvtids forskningsstillinger, og regnet dem inn i universitetsregnskapet, inntil Petter Jensen Gjersvik i Tidsskrift for Den norske legeforening påviste at disse stillingene langt fra ble brukt til forskning. Dermed kom det antakelig en forbedring med det også.

En annen svekkelse av mulighetene for professor 2 for å utøve sine universitetsoppgaver, kom på slutten av 1990-tallet og utover. Da fikk sykehusene gjennomslag for at professor 1-stillingene ikke automatisk skulle innebære avdelingsledelse, fordi disse personene hadde så viktige lederoppgaver. Men dermed mistet jo fakultetet og våre professor 1-stillinger *makten over pasienter og personale* og andre ressurser som er helt nødvendige for klinisk forskning, og *myndighet* til å støtte sine professor 2-kolleger i deres forskning. Og så fikk de jo også mye *lavere lønn* enn sine professor 2-kolleger, det har de kanskje fortsatt. Så det er ikke rart at det meste av klinisk forskning fortsatt blir industrisponset forskning.

Oppgavene til professor 2-stillingene ble også utfordret da universitetsledelsen på 1990-tallet ikke ville regne slike stillinger som forskningsstillinger, med derav behov for annuum til vårt fakultet. Det var da nødvendig med et intensivt arbeid for å få gjennomslag i kollegiet for at den vitenskapelige kompetansen til professor 2-stillingene ved Den medisinske fakultet var og ville fortsatt være – og jeg håper det gjelder nå også – det samme som for professor 1-stillingene, med de økonomiske konsekvenser dette innebar for universitetet. Hvis nemlig ikke det gjelder lenger, hvis man ikke stiller de samme krav som til professor 1, ja da kan kollegiet med full rett si at da trekker vi tilbake en del av den rammen som gis fra Det medisinske fakultet!

Hvordan er situasjonen for klinisk forskning nå? Har de øvrige klinisk ansatte ved universitetsavdelingene tid til å delta i klinisk forskning? Mitt inntrykk er at de har ikke det. Og dermed blir man hele tiden mer og mer avhengig av øremerkete midler. Men man trenger også tid til å kunne organisere og drive prosjekter og å skrive søknader for å skaffe inn penger. Så dermed blir det de eksterne kildene og industrien som i stor grad bestemmer hva vi skal drive med.

For å konkludere, hovedproblemet er fortsatt: Alle mener at klinisk forskning er viktig, men det avsettes ikke nok tid og ressurser til det. For å få klinikerne involvert i klinisk forskning, så må det altså være noen på klinikken som organiserer arbeidet og driver det frem. Og skal klinikerne begynne å ta i bruk også nyere klinisk kunnskap, så er det viktig at *klinikerne også er involvert i klinisk forskning*.

*Elin Rosvold:* Takk skal du ha, Per. Jeg vil tro at noe av den tematikken du tok opp her kommer inn under neste bolk –

*Per Vaglum:* Ja, det gjør det.

*Elin Rosvold:* – som handler om fakultetet og sykehusene, så noe av det kan vi ta der. Da gir jeg først ordet til Kaare R. Norum.

*Kaare R. Norum:* I disse vektige innleggene fra Storm-Mathisen og Vaglum så har jeg bare en liten «vorte», jeg. Men den er i hvert fall Det medisinske fakultets historie verdig å ta frem. Da Ivar Hørven var dekanus og jeg var prodekanus, gikk jeg inn og så på organiseringen av fakultetet. Da var det et *økonomiutvalg*, og det var et *studieutvalg*, men det var ikke noe *forskningsutvalg*. Dermed satte vi ned og et forskningsutvalg som skulle være på lik linje med et studieutvalg. Det er nå blitt til forskningsdekan osv.

På den tiden var det en liten publikasjon i Nordisk Medisin av en danske som skrev en artikkel om «Forskningspolitikk i et lille land». Han påpekte der at i Danmark måtte man vise at man var en *god forsker* for å *bli professor*. Men *etter at man var blitt professor var det ingen som spurte hva man gjorde*. Det samme var det her i landet. Derfor tok vi opp at vi skulle registrere hva folk gjorde i forskning, og det skulle ha budsjettmessige konsekvenser. Det er faktisk starten på «tellekantene». Fordi vi tok opp og spurte hva de enkelte institusjoner gjorde, laget vi en stensil, så alle kunne se hva de gjorde, og dette er jo da blitt utviklet videre. Og Bjarne Waaler var da rektor, og han syns at dette var en sånn god idé som Det medisinske fakultet hadde begynt med, så det ble også ellers på Universitet i Oslo. Det er altså blitt til «telleanter». Så dette er litt av medisinsk forsknings historie!

*Stein A. Evensen:* Nå har jo Per på mange måter touchet inn på deler av det jeg hadde tenkt å si, Alle dekanater bekymrer seg over hvilken tid og hvilke muligheter som man har for å *drive klinisk forskning*. I begge dekanatene som jeg ledet, var det full enighet om at vi måtte gjøre noe for å stimulere det. Vi mente at det var viktig å konsentrere forskningen til områder hvor man var *virkelig god*. Vi kalte det *tematiske forskningsområder*.

Grunnen til at jeg tar dette opp, er ikke for å berømme egen innsats. Det er fordi en rekke krefter i fakultetet på den tiden forsøkte å fremstille dette som *programforskning*. Dette opphisset både meg og mine medarbeidere, ettersom programforskning er noe jeg *alltid har vært i mot*. I første omgang ble det utført en *ekstern evaluering* av hvilke forskningsområder som var de *sterkeste og de dyktigste*. Innstillingen som kom fra eksterne fremragende forskere fulgte vi opp med bevilgninger over et visst antall år

*Ole Didrik Lærum:* Etter presentasjonen av grunnforskning har jeg et innspill til historieskrivningen. Det er et tema som europeiske historikere har vært, og er, veldig opptatt av. Det er om det vi kan kalle for *bærekraftige forskningsmiljøer* – altså uformelle forskningsmiljøer som bygges opp over en tid, gjerne under karismatiske ledere som gjerne får like karismatiske og aktive elever som så migrerer andre steder eller som bygger nye noder. Det er altså konsekvensene av at man har en *dyktig forsker* eller *dyktige forskere* som også har grønne hender, så det skapes miljø rundt dem, så vi kan si at de er blitt *skoledannende*.

Det medisinske fakultetet i Oslo har en rekke slike veldig gode eksempler som har fått veldig store konsekvenser. Hvis vi for eksempel ser på de andre universitetene i Norge – deres elever har migrert, opprettet nye ting, de kommer tilbake og oppretter – så vi får et migrerende nettverk. Helt fra



Figur 19: Beinstrekkpauser kan også være morsomme! Fra venstre: Øivind Larsen, Borghild Roald, Ivar Følling. (Foto: Turid Jensen)

middelalderen var det kjent at de beste europeiske universitetene ble bygget opp på den måten, at scholars migrerte, kom rundt og tilbake, men fundamentet, det var *de bærekraftige miljøer*.

Jeg har lyst til å nevne i alle fall ett navn, ett eksempel, og det er Paul Owren, for å gå litt tilbake i tid. Han var en veldig sånn karismatisk leder, (og det) fikk svære konsekvenser. Vi kunne vel og gå inn på Lorentz Eldjarn, som også hadde veldig sterke og dyktige elever, og så får det enorme konsekvenser. Og det til forskjell fra «den ensomme rytter». Vi har en del dyktige forskere som arbeider helt aleine og det gror ikke rundt dem. De må vi ta vare på også. Men det er de *skoledannende* som virkelig er *institusjonsbyggerne*.

*Elin Rosvold:* I dette internasjonaliseringsåret som vi er inne i på Universitetet i Oslo for tiden, så er det jo et fokus at skal du kunne samarbeide med noen i utlandet som vi ønsker, så må vi ha noe å tilby utlandet. Vi får ikke samarbeide uten at vi har noe å tilby, og det er jo viktig i en sånn sammenheng. Og da er vi tilbake til middelalderen egentlig i den sammenhengen!

*Jørund Straand:* Ja, om vi ikke skal gå til middelalderen, så er i hvert fall de nesten 200 års historie som fakultetet har, vært preget av en tensjon mellom styringsverket, storting, regjering og helseforvaltning og universitet i forhold til at myndigheter vil styre og regulere hva som skulle foregå innenfor uni-

versitetet. Og i dag så ser vi dette veldig tydelig gjennom de øremerkede midlene og programforskningen via Forskningsrådet. Altså det er vel dette med *kontroll* versus *tillit*. Mange snakker om den frie forskningens betydning, men så blir det likevel for viktig til å overlate til forskerne det å finne på hva de skal drive på med. Og i Forskningsrådet er også midlene til den frie forskning gått ned det siste året.

Siden vi nå sitter i Videnskapsakademiet, syns jeg det er greit å minne om et initiativ som kom herfra for et par år siden, og som jeg mener fortsatt har livets rett i forhold til fakultetet, hvor vi sliter med driftsmidler i form av annuum på homeopatiske nivå. Der var det et forslag om å komme med en forenklet søknadsprosedyre til Forskningsrådet for dem som var noenlunde produktive, slik at de kunne få enkelt utløst 100 000 kr årlige driftsmidler. Det er et godt forslag, som fortsatt bør ha livets rett.

Så nytter jeg anledningen til å komme med en liten replikk til Ole Berg i forhold til forrige tema om allmennmedisin. Han sier at faget manglet sin identitet, at det var en krise der. Jeg er ikke enig i det. Men vi har hatt en utvikling i fagets identitet fra å være mer bredt samfunnsrettet og klinisk, smeltet sammen i ett fag, til å bli et mer tydelig profilert, mer *klinisk* fag hvor konsultasjonen, møtet mellom den *individuelle pasient* og *legen står i fokus*. Sånn at det er blitt et mye tydeligere at man har fjernet seg fra den gruppebaserte tilnærmingen. Det ser vi også i forskningen som går fra mer helsetjenesterett forskning og epidemiologiske, gruppebaserte tilnærminger, til det mer individuelle, kliniske som springer opp av kliniske problemstillinger som er observert i egen praksis.

*Sigbjørn Fossum:* Per Vaglum hadde en utmerket fremstilling som ikke ble helt fullført, av dette med forskningsfinansiering og utviklingen av den. Han fortalte hvordan det opprinnelig var midler som gikk via Universitetet til driftsmidler og utstyr som ble fordelt innad i miljøene. Hvilket var samlenende for miljøene, hvor man hadde hukommelse for tidligere tildelinger og følte ansvar for hverandre. Hvilket fremmet gode kollegiale forhold. Så ble det etter hvert bestemt at disse midlene skulle i større grad konkurranseutsettes og distribueres via Forskningsrådet. Det medførte etter hvert at det man hadde felles, var at man konkurrerte om de samme midlene. Hvilket var med på å oppløse fellesskapsfølelsen.

Det som så ytterligere forverret situasjonen, var at Forskningsrådet etter hvert frasa seg ansvaret for å overrisle universitetene og begynte en egen agenda som de betegnet «endringsagent». De skulle få til forandring og fornying og gjorde det i form av økende antall programmer og satsinger. Riktignok skyldte de på politikerne og sa at det var den måten de fikk be-

vilgninger på. Men uansett årsak, førte det til redusert forutsigbarhet for forskerne når det gjaldt finansiering. Og hvis det er noe som er betydningsfullt i forskning, så er det langsiktig og forutsigbar finansiering.

For basalfagene var det enda en utvikling som allerede er nevnt her. Det dreier seg om midlene som etter hvert ble frigjort fra helseforetakene. Da vi gikk av som dekanat, var den samlede sum til forskning i størrelsesordenen 1,7 milliarder i året. Det er svære beløp som her i vår helseregion nesten utelukkende sluses utenom Institutt for medisinske basalfag. Hvilket er meget bekymringsfullt, fordi veldig mye av det som foregår på sykehusene, også er fremragende grunnforskning. Dermed konkurrer de ut IMB.

Det er ikke tilfeldig at for ti år siden så var det ett senter for fremragende forskning (SFF) i medisin i Norge. Det var på IMB, og det var ikke noen på sykehusene. Fra neste år er det tre SFF-er på sykehuset og ingen på IMB. Dette er bekymringsfullt med tanke på rekruttering, fordi det meg bekjent er ytterst få, hvis noen, som begynner en karriere ved fakultetet vårt for å bli *lærere*. Langt de fleste de begynner for å bli *forskere*.

I den grad IMB etter hvert fremstår som en bakevje, vil det ha langsiktig negative konsekvenser for rekrutteringen til basalforskning. Det som man også kan spørre seg om er: Hva skal vi med et *Institutt for medisinske basalfag* som ikke utøver *konkurransedyktig forskning*? Det må være *undervisningen* som da er begrunnelse. Hvis vi etter hvert konsentrerer forskningen for å bli mer konkurransedyktig, vil det si at vi ikke kan dekke den samlede basalfagsundervisningen innen alle fagene. Vi er langt på vei dit allerede. Og det som kan hende, er at et stykke på sikt, ikke så altfor langt inn i fremtiden, vil man finne det nødvendig å *selge ut undervisningen i basalfag*, (f. eks. til) kardiologi der det er glitrende basalfagsmiljøer på Ullevål og Rikshospitalet, og cellebiologi, der det er fremragende miljøer på Radiumhospitalet.

Jeg tror det er langsiktig en dum utvikling som raskt blir irreversibel, hvis vi ikke snart prøver å finne virkemidler som kan motvirke den!

*Elin Rosvold:* Takk, Sigbjørn. Det er litt sånn når vi driver og ser på historien og ser på vår «gullalder», så blir det gjerne sånn at vi begynner å tenke på hva vi kan gjøre i fremtiden. Men jeg minner igjen om at dette her er *historisk seminar* –.

*Frode Vartdal:* Eg trur at Per sin framstilling om klinisk forskning var riktig for ti-tolv -femten år siden. Men nå har faktisk pendelen snudd helt andre veien. Og det er flere årsaker til det. For det første så får professor 2 på

universitetssykehusene 40% tid til forskning og undervisning. Så det er faktisk gjennomført.

Det andre er det som du forteller, og det er det at mange gode krefter her, som mellom annet fikk til finansieringen gjennom helseforetakene. Men det har igjen gjort at nå er for eksempel *basalfagene kommet i krise* også. Vi ser at talenter og medisinerer som vi trenger både innen medisinsk forskning og undervisning, de kan vi risikere at forsvinner fra basalfagene. Og det vil være en ulykke. Så eg trur det at det er viktig.

Så er det en ting om Forskningsrådet. Og det er det at eg er jo heilt enig, det er *altfor lite til fri forskning*. Eg så på medisin og helse for tre år siden. Da var det 18 programmer i medisin og helse. Bare *fire av disse var fri forskning*. Problemet var at de fleste av de fjorten var drevet fram av medisinerer eller forskere som ønsker å få friske penger. Altså intensjonen hadde vært den beste, men det finnes ikke noe slikt som *friske penger*. Det finns masse friske initiativer. Det gjorde at til slutt hadde man skviset bort den frie, uavhengige nysgjerrige, strevende forskningen. Så vi som forskere var delvis skyld i det der, fordi det var ikkje noen friske penger som vi var lovet.

*Jacob B. Natvig:* Ja, siden det er historie, så er det et par kilder til økonomi som faktisk overrislet en god del, for eksempel på Rikshospitalet. Det ene var at inntil 1978, som vi kom inn på tidligere her, var det en inntekt av ambulant praksis som for eksempel på mitt institutt var ganske betydelig. Vi tok ikke ut noe personlig. Hele den delen som vi fikk tilbake etter at sykehuset hadde tatt sin del, gikk inn til instituttets drift, ansettelse av teknisk personale, ansettelse delvis av forskningsstipendiater i hvert fall i perioder osv. Og det var en ganske stor del.

Når det kommer til Rikshospitalet generelt, var det kanskje noe mindre presserende, for det var i hvert fall mange enerstillinger på Rikshospitalet som ikke kom inn under den problemstillingen med toerstillinger som har vært omtalt her.

Men det var en ting til som skjedde, og vi tok tak i der. Det var at det var en hel masse private avtaler med firmaer om klinisk forskning. Jeg satte for så vidt foten ned for det ved å foreslå at vi skulle få laget et *forskningsfond* eller en *stiftelse* som tok seg av dette på vegne av dem som var involvert. Det ble i første omgang skrinlagt, fordi det viste seg da jeg tok det opp i styret, at Kirke- og undervisningsdepartementets representant i Rikshospitalets styre ikke skjønnte hva vi skulle med en sånn stiftelse eller forskningsfond. Vi turde ikke å ta det opp, for det måtte før eller senere opp til KUD, så lenge vi hadde en slik situasjon. Så det lå en stund og ventet, men vi tok det opp igjen, mye hjulpet både av Tove Strand Gerhardsen som var min

nestleder, og Else Bugge Fougner som var styreleder. Så vi fikk gjennomslag for å opprette *Medinnova*, som stiftelsen het. Og som jo i en årrekke har vært en *overrisslingsfunksjon for forskning på Rikshospitalet*. Det første prosjektet, siden Frode sitter her, det var altså Frode Vartdals prosjekt om vevstyping. Og som fortsatt gir penger tilbake, ikke sant, Frode?  
(Frode Vartdal bekrefter – - Latter i salen –)

*Jacob B. Natvig* fortsetter : Det er en glede at *Medinnova* for så vidt fortsatt eksisterer nå som en del av *Inven2* som er Universitetets og Oslo Universitetssykehus sin store generelle forskningsstiftelse. Så det er i hvert fall en mekanisme som fortsatt kan gi *penger tilbake til forskning*.

*Astrid Nøklebye Heiberg*: Jeg oppfattet Stein som at han gjorde seg til talsmann for at man skulle *styrke de sterke miljøene* der hvor man var *virkelig god*. Det står egentlig i kontrast til det Per Vaglum hadde i sin innledning om det programmet som ble støttet av Forskningsrådet, da programmet for klinisk psykiatrisk forskning begynte. Det hadde sin bakgrunn i at da var det psykiatriske forskningsmiljøet i Norge veldig svakt, slik at når det kom opp spørsmål om psykiatrisk forskning i Forskningsrådet, var det en slags stemning av raljering omkring det. Og det som var av penger, det gikk egentlig til – igjen – de biologiske forskningsprogrammene som kom fra helt andre miljøer og som ikke hadde kliniske psykiatere som sine forskere. Slik at man med støtte av Frederik Mellbye, som også må nevnes i denne sammenhengen, fikk man til det programmet som ble til *et vannskille* i norsk klinisk psykiatrisk forskning, og som gjorde både at man fikk langt flere forskere etterpå, og at *status til psykiatri* generelt sett *økte* ganske betydelig i den sammenhengen.

Og jeg oppfattet deg, Stein, som at vi kunne tenke oss noe tilsvarende på geriatri, som jeg selvfølgelig etter min alder er veldig interessert i, og hvor man kanskje kunne igjen få økt både interessen for utdanning til geriater og *øke status for geriatri i Norge*. Og da sto det i kontrast til slik jeg oppfattet deg til å begynne med. Men det er mulig du ikke har lov til å svare.

*Elin Rosvold*: Kanskje vi tar det i neste bolk!

*Jon Storm-Mathisen*: Når det gjelder forskningsfinansiering, og det er spesielt i Norge hvis vi sammenligner oss med Danmark og Sverige og andre land også, så har vi veldig lite industribasert forskningsfinansiering, altså fond som man kan søke utenom Forskningsrådet. Og den situasjonen er blitt verre i løpet av den perioden vi snakker om.

Det ene er at universitetene har ikke nok penger selv, men det andre er at Jahre-fondet og DNVA og liknende fond som vi søkte før og hadde nytte av, de er nå kvantitativt så små at dem er det ikke noe hjelp i. Vi trenger alternativ til Forskningsrådet, og alternative penger som er store, som Sigbjørn snakker om. De fins, men merkelig nok er *basalforskning i medisin* utelukket fra dem, og det bør det gjøres noe med. Det ville være en logisk konsekvens av at man bestemte seg for å bygge Rikshospitalet ved *siden av de prekliniske instituttene*, sånn at det skulle bli et skikkelig slagkraftig *biomedisinsk sentrum*. Basalforskere burde også få penger til å *drive for* på lik linje med forskere i klinikken. Fordi basalforskningen er grunnlaget for at medisinen skal gå framover.

*Per Vaglum:* Når det gjelder basale medisinfag, så er det veldig viktig. Jeg husker hvordan det gjentatte ganger i kollegiet ble sagt hva i all verden skal dere med et eget *anatomisk, fysiologisk og biokjemisk institutt*? Det kan da vi overta på *Mat. Nat.* Og hva skal vi gjøre med det? For det første mener jeg at – *hver gang* må dere si: Det er *medisinsk* biokjemi. Men ikke bare det, det må være *leger* som er i toppstillinger og som underviser i de *medisinske basalfagene*. Ellers så kan man bare blåse hele greia ut og finansiere det ved de andre delene som universitet har. Så jeg er helt enig, det skal ikke mye til før det er slutt på de medisinske basalfagene!

## Fakultetet og sykehusene

*Øivind Larsen:* Vi får begynne på neste økt, og nå har vi temaet *Fakultetet og sykehusene*. Det er vel egentlig et tema som kunne fortjene et aktørseminar for seg selv. Det er mange som har noe å si der, det vet vi, for det har allerede kommet fram i diskusjonen under de andre programpostene. Nå vil det høyst sannsynlig komme mye mer. Vi har to innledere, nemlig Stein Evensen og Åge Danielsen. Da gjør vi det sånn at vi tar disse to innledningene *en suite* og så tar vi diskusjonen etterpå. Stein Evensen, vær så god!

### *Sykehus og fakultet – siamesiske tvillinger?*

*Stein A. Evensen:* I 1814 måtte universitetet ha et medisinsk fakultet, og fakultetet måtte skaffe seg et sykehus for å kunne utdanne leger. Og resten – det er jo historie. Så fram til i dag har relasjonen mellom sykehus og fakultet vært preget av avhengighet. Derfor er vel egentlig bildet med *siamesiske tvillinger* ikke så verst.

Den som er toneangivende i øyeblikket må imidlertid huske på at under skiftende tider kan den andre underlegne part komme i høysetet igjen. Det er litt viktig å huske på, fordi hele relasjonen mellom fakultet og sykehus handler faktisk om skiftende makt og innflytelse.

Vi skal altså feire et 200 års jubileum. Jeg tror det er rimelig å si at i 150 av de årene har det vært fakultetet som har vært toneangivende, ikke kvantitativt, men i lederskap og som premissgiver, fordi lederne ved Rikshospitalet var professorer i hovedstilling ved universitetet. Det var ikke noen tilfeldighet at disse legene på slutten av 1800-tallet ble kalt for «fakultetsherrene». Styrkeforholdet har forandret seg, og det har skjedd nettopp i de siste 30-40 årene som dette seminaret skal behandle. Jeg vil nå trekke fram to forhold som har endret maktforholdene mellom sykehus og fakultet. Og to tiltak som ble iverksatt for å gjenopprette en hensiktsmessig balanse i forholdet. Masse andre ting kunne vært snakket om, det må jeg bare la ligge, men dere må også tilgi meg at de to tiltakene jeg tar opp, er juvelene av hva vi fikk til i dekanperioden 1998-2006.

*Det første poenget* er at sykehusledelsen krevde at avdelingssjefene skulle være ansatt i *hovedstilling ved sykehuset*. I tillegg ble det krevet at de måtte opptre lojalt overfor sykehusdirektøren. Man krevde altså respekt for tjenestevei. Rikshospitalets overleger som i gamle dager gikk til departementet eller Helsedirektoratet når de ikke fikk det som de ville med direktøren, ble bedt om å endre atferd. Direktøren omga seg med egne rådgivere som ikke nødvendigvis var avdelingssjefene. Det som kanskje smertet fakultetet mest, var at i enkelte tilfeller ansatte sykehusdirektøren ved et universitetssykehus egne forskningsrådgivere uten å rådføre seg med fakultetet.

Ved Ullevål universitetssykehus var den viktigste kvalifikasjon for en avdelingsleder vedkommendes *lederegenskaper*. Kvalifikasjoner innenfor *utdanning og forskning sto ikke sentralt*, for å si det forsiktig. Som dekanus i perioden 1998 – 2006 hadde jeg *ikke* problemer med logikken i hvor tjenestelojaliteten måtte ligge. Problemet var det haltende samarbeid om hvordan sykehusets ivaretagelse av forskning og undervisning kunne forbedres.

*Det andre punktet* som forrykket maktforholdene, var kampen om *universitetssykehusstilskuddet* som allerede har vært nevnt. Universitetssykehusene hadde i alle år mottatt ekstra tilskudd fra Sosial- og helsedepartementet til finansiering av deler av undervisning og forskning. Men man fikk ikke greie på *hvor mye penger det var*. Pengene var innbakt i sykehusenes budsjetterammer.

Særlig interesse knyttet det seg til forskningstilskuddet, Drahjelpen kom fra Riksrevisjonen i 1998 som stilte spørsmål ved om tilskuddene hadde kommet forsknings- og undervisningsaktiviteten i *tilstrekkelig grad til gode*.



Figur 20: Fra venstre Ivar Følling, Gina Fraas Henrichsen, Per Vaglum, Frode Vartdal, Erik Falkum. (Foto: Øivind Larsen)

Dette er sterke ord til å komme fra Riksrevisjonen. Sannsynligvis var det hovedårsaken til at vi i de neste statsbudsjettene overraskende nok fikk innblikk i hva Sosial- og helsedepartementet hadde avsatt til forskning og undervisning i fylkeskommunale sykehus. Nå var «katten ute av sekken»! Tallene for 2002 viste at størstedelen av de små summene som var avsatt, var ment å gå til *undervisning*. De kommunalt eide sykehusene maktet ikke å forklare hvordan pengene var blitt brukt, ettersom nesten all undervisning ble dekket av fakultetet. Avsetningen til *forskning* var på bare 78 millioner, hvorav 44 millioner var avsatt til en type kreftbehandling. Absurd nok hadde jeg selv fått HMAS (høydosebehandling med autolog stamcellestøtte) inn på statsbudsjettet flere år tidligere, og HMAS var for lengst etablert behandling.

Departementet hadde heller ikke satt *resultatkrav* til bruken av tilskuddene. Situasjonen var, kort sagt, pinlig.

Fakultetet hadde særlig grunn til bekymring, dels fordi den stadig sterkere satsing på produksjon av pasienttjenester avskar mange fra å drive med forskning i sykehuset, dels fordi man ikke lenger kunne regne med at det satt sjefer på avdelingene som tilgodeså forskning. Det måtte gjøres noe.

Jeg presiserer at den påviste feilfordelingen gjaldt *fylkeskommunalt eide* universitetssykehus. Ved Rikshospitalet ble det utvilsomt brukt vesentlig mer til forskning, men de tallene kom aldri på bordet.

1. *Samarbeidsorganet for helseregion og Universitet*. Det daværende Sosial- og helsedepartementet nedsatte i 2001 en arbeidsgruppe som skulle utrede ansvarsfordelingen mellom universitet og regionsykehus og vurdere behov for øremerking av ulike tilskudd til universitetssykehusene. I den

ene gruppen satt det representanter for de to aktuelle departementene, fra Forskningsrådet og fra universitetene, hvor dekanus Rolf Reed fra Bergen og dekanus Stein Evensen ble oppnevnt. Blant arbeidsgruppens viktigste konklusjoner var anbefalingen av opprettelsen av et samarbeidsorgan, slik sammensatt og med slike fullmakter at universitetsrepresentantene på lik linje med representantene for regionale helseforetakene ble gitt reell innflytelse over disposisjonen av øremerkede tilskudd til forskning og undervisning. Representanter for Helsedepartementet innrømmet i annen sammenheng at tilskudd til forskning og undervisning til en viss grad hadde gått til drift. I forbindelse med eierskapsreformen håpet departementet å bringe orden i saken. *Fra 2004 var to samarbeidsorgan i funksjon* i vår region, ettersom Universitetet i Oslo forholdt seg til to helseregioner. Da Helse Sør og Helse Øst i fjor ble slått sammen, fikk vi *ett samarbeidsorgan* å forholde oss til.

Med dette var situasjonen for klinisk forskning endret i dramatisk grad. Dere har jo selv hørt om de meget store summene som etter hvert er blitt utløst, først og fremst på grunn av at sykehussektoren har bevilget stadig økende summer til forskning. Etter hva jeg forstår, har samarbeidsorganet i alle år fungert bra.

2. *Samarbeidsavtalen* mellom Universitetet og Rikshospitalet. Sykehusledelsens legitime krav om bedre styring med egne tilsatte avdekket at mye som foregikk i en travel hverdag, manglet forankring i avtaler som kunne følges opp og etterprøves. Hvem skulle forskerne rapportere til, sykehusledelse eller fakultetsledelse? Hvem burde være forskningsansvarlig? I praksis fantes det ikke gjensidig forpliktende avtaler mellom sykehusledelse og fakultetsledelse.

Fakultets viktigste arena har alltid vært *Rikshospitalet*. Og det var naturlig å satse her. Sykehusdirektør Åge Danielsen og undertegnede forhandlet frem en avtale som ble underskrevet i 2006. Avtalen omfattet *felles forskningsutvalg* for de to institusjonene og omhandlet ellers ulike deler av forskningsledelse, ansvarsdeling og rapportering. Til min store glede er prinsippene i denne avtalen senere blitt gjeldende i Oslo Universitetssykehus.

Sammenfatningsvis har relasjonen mellom fakultet og sykehus gjennomgått store endringer i de siste 30 til 40 år. Frem til årtusensskiftet var hovedtendensen at sykehusets innflytelse i samboerskapet styrket seg stadig mer, dels fordi professorer i hovedstilling ikke lenger styrte de viktigste avdelingene, dels fordi sykehusene rådet over overlegne ressurser sammenlignet med fakultetets. Synliggjøringen av Helsedepartementets feilfordelte

tilskudd til forskning og undervisning representerte et veiskille i samarbeidet, og ledet fram til dagens Samarbeidsorgan for Helse Sørøst og Universitet i Oslo, som altså nå står for formidable summer av midler til forskning. Sammen med avtaleverket om stillings- ansvars- og rapport-delingen mellom sykehus- og universitetsansatte som startet med avtalen mellom Rikshospital og fakultet i 2006, er grunnen lagt for tillitsfullt samarbeid.

Dette betyr ikke at alle problemer er løst. Det står en del igjen. Ved opprettelsen av Oslo universitetssykehus ble en urovekkende stor del av beslutningene truffet gjennom med små muligheter for fakultetet til å komme til orde, og universitetet mistet i første omgang sin representant i helseforetakets styre. Men alt i alt er det grunn til å se positivt på utviklingen i samboerskapet de siste ti år.

*Øivind Larsen:* Åge Danielsen, er du like positiv?

*Åge Danielsen:* Det er alltid hyggelig å komme etter Stein. Da kan jeg diskutere og bekrefte ettersom det passer. Men vi er enige om utgangspunktet. Rikshospitalet var *en integrert del av universitet* fra fødselen av og har vært det siden. Rikshospitalets historie sto veldig klart for meg da jeg begynte der, det er en sammenhengende historie med Universitetet i Oslos medisinske fakultet. Det er også universitetet og Det medisinske fakultet som har bidratt til dette flotte anlegget som ligger på Gaustad. Så symbiose – det «siamesiske tvillingskap»- det tror jeg er helt riktig. Og jeg tror at den funksjon Rikshospitalet hadde i samfunnet, hadde og har fortsatt en tett sammenheng med den måten universitet og hospital fungerte på.

Bare så det er nevnt: Hospitalsledelse er hele tiden å behandle flest mulig sykdomstilfeller mest mulig effektivt. Jeg pleier å si at da jeg startet på Rikshospitalet, var det *pasienten først*, nå er det *budsjettet først*. Men en del av den rammebetingelse som sykehusledelse har, er det at budsjettene skal balansere over tid. Og det var det mulig å få til som statssykehus, fordi det var en smidighet som man aksepterte i en lang periode. Så til tross for at det var *to departement* som styrte universitet og hospital, så hadde man *ett koordineringsorgan*, faktisk helt til i begynnelsen av 1980-årene, tror jeg det var, nemlig *regjeringen*. Regjeringen ivaretok koordineringen mellom sykehusfunksjonen og undervisnings/forskningsfunksjonen, og oppnevnte både avdelingsledere og professorer ved dette sykehuset.

Det var krefter i gang for å *kommunalisere* Rikshospitalet. De har vært varierende i styrke, men de har vært drevet av en form for ønske om mer likhet med de andre sykehusene – og av en smule misunnelse fra de andre miljøene. Det er ikke noen stor hemmelighet, i alle fall kalte vi det misun-

nelse på Rikshospitalet. Fordi de to statssykehusene ved Tønne-reformen, hadde godt over 40 % av den samlede medisinske forskning i Norge, målt på klassisk måte. Og det var misunnelse, det var holdninger til at man hadde for stor tilgang på penger, at vi var ineffektive i pasientbehandling og fikk romslige budsjetter.

Kommunaliseringen ble det aldri politisk gjennomslag for. Man skulle ha eksklusive statssykehus. Da Tønnereformen kom, oppnådde man noe av det poenget som det tidligere hadde vært fokus på, at Rikshospitalet lettere sammenlignes med andre sykehus.

Det var mange sider ved Tønnereformen som jeg synes var veldig positive. Men den fremtredende rolle som Rikshospitalet hadde, både forskningsmessig og i behandling av sykdomskasus som hadde et *lite volum*, ble mer truet på grunn av slike egalitetsbetraktninger mellom sykehus. Og jeg synes at universitetet ikke *så* den trusselen – vi hadde mange diskusjoner, Stein og jeg. Og med den spesielle situasjonen som Rikshospitalet hadde, tok det en stund før vi ble enige om at det var en *reell trussel*.

Rikshospitalet måtte *effektivisere seg*, også for å kunne stå imot samfunns-trenden utenfra. Det var viktig å ivareta universitetsfunksjonene. Blant annet var det å ha *en klar ledelse på universitetsfunksjonene* og på *pasientbehandlingsfunksjonene*, samtidig som det ville være helt håpløst hvis vi ikke greide å få den *kombinasjonen* av disse tingene, altså *kombinere klinisk ledelse og forskningsledelse* og *ansvar for undervisningen av studenter* i et samspill som gjorde at den spesielle profilen kunne vedvare. Det mener jeg at vi fikk til ved at vi kuttet ut ener-stillingene som avdelingsklinikkledere, men fokuserte på at lederstillingene ved klinikk skulle *alltid som prinsipp* være en professor 2-stilling, slik at man hadde muligheten til å både ivareta *undervisningsfunksjonene* i sin klinikk og til å gi prioritet til *forskningen* innenfor dette.

Rikshospitalet hadde jo ikke noe universitetstilskudd. Det var ledelsen som sørget for å allokere midler til disse oppgavene. Ved å ha en sånn type kombinert ledelse ble det lettere å kunne utnytte fordelene ved å se en *hel enhet under ett*, ikke bare se på *personer* som man normalt sett gjør i en undervisningssituasjon.

Dette fikk vi på plass gjennom den avtalen. Vi praktiserte dette. Det er jo litt krevende, og det ble praktisert på en vettug måte med god kommunikasjon. Og det gleder meg at dette også er blitt et mønster for andre sykehus. I alle fall er det blitt slik for Oslo universitetssykehus. Det som jeg har erfart, er at nettopp den kombinasjon med å se forskning, pasientbehandling og undervisning ledelsesmessig under ett, styrket enhetene. Det gjorde resultatet bedre. Det var helt påtakelig at de som ikke greide å håndtere de tre funksjonene, de gjorde det stort sett dårlig på alle sammen. De

som håndterte dette, gjorde det godt på de aller fleste av de tre funksjonene. Så gjennom den prosessen mener jeg vi bidro til at sykehuset ivaretok sin frontrolle som før, og at dette bidro til å styrke også forskningen på hospitalet.

Så er det en provoserende problemstilling: Er det slik at det er *motsetninger mellom pasientbehandling og forskning og undervisning*? Det er det selvfølgelig rent tidsmessig i og med at døgnet har et bestemt antall timer, så det kan se ut som at disse tingene konkurrerer med hverandre. I løpet av mine år på Rikshospitalet fikk jeg ganske mange henvendelser i samtaler med departement og etter hvert med de regionale foretakseierne at deres vurdering var, og etter hvert med kraftig påtrykk om, at jeg skulle *reducere forskningsaktiviteten for å bringe årsbudsjettet i balanse*. Og jeg kommuniserte at det er jo å *spise av såkornet*. Alle her er så gamle at de vet hva såkorn er for noe, hvor viktig det er. Å spise av såkornet er jo nå blitt vanlig. For man kan jo skaffe seg såkorn fra utlandet hele tiden. Men for å skaffe seg såkorn fra utlandet, må man ha noen som *kan forstå og anvende kunnskapen*. Så det er en litt primitiv prosess når ambisjonene er blitt at i stedet for *pasientens beste*, blir *budsjettstyring* viktigere. Så selv om det er en konkurranse mellom pasientbehandling og forskning/undervisning på kort sikt, så er det aldri en konkurranse på lang sikt. Det er min konklusjon.

*Øivind Larsen:* Takk. Da setter vi i gang debatten. Norum, du var først.

*Kaare R. Norum:* Når du skal skrive historien om fakultetet, må historien om et nytt Rikshospital være en del av det kapitlet. Natvig har nevnt Selvaag-Holte-Strand Gerhardsen-gruppen, men idéen om å komme med et nytt Rikshospital på Gaustad ble lansert allerede i 1945. Planene har vært der. Da jeg var dekanus, så vi disse planene. Men vi fant ut at hvis disse planene om et helt nytt Rikshospital skulle gå igjennom, måtte vi lave en gruppe som kunne drive dem gjennom.

Vi satte ned en hemmelig politisk lobbygruppe for å få dette til. Gruppen besto av Else Bugge Fougner, Tove Strand Gerhardsen, Eric Rinvik, Per Teisberg, jeg ledet gruppen, Eilif Holte var også med en stund, og så hadde vi supplement med Bjarne Waaler, Egil Gjone og Audun Flatmark fra Rikshospitalet. Og vi hadde møte nesten hver mandag klokken 7 om morgenen hos Else Bugge Fougner og jobbet mot politikerne for å få dette igjennom. Vi jobbet opp mot Kåre Willoch, vi jobbet opp mot Gro Harlem Brundtland, vi jobbet opp mot Kjell Magne Bondevik.

Og da Tove, som til å begynne med var assisterende direktør for Rikshospitalet i utvalget, ble helseminister, ble gruppen ennå viktigere. Og vi

jobbet altså med dette opp mot politikerne, men vi jobbet også mot Bergen, Trondhjem og Tromsø som *alle tre var imot* at vi skulle bygge et nytt Rikshospital. Og vi jobbet såpass effektivt – og såpass diskret – at verken Finansdepartementet eller Helsedirektoratet – eller Helsedepartementet, bortsett fra Tove, visste om denne gruppen. Men det var altså faktisk en gruppe som *klarte å få dette igjennom*.

Det er skrevet en masteroppgave, eller var det en hovedoppgave, i statsvitenskap av Kjekshus junior om dette. Det er et ganske morsomt kapittel der. Jeg var med på å få det hele igjennom, og skjebnens hyggelige ironi eller hyggelige tilskikkelse var at jeg var rektor da det nye Rikshospitalet skulle innvies. Jeg skulle da holde innledningen, talen, velkomsten og overrekkingen, liksom være med på den. Og da skrev jeg til alle disse personene som hadde vært med i utvalget og rundt omkring, og ba om å få deres historie om hvorledes det hele gikk til. Så jeg fikk det som bakgrunn for den talen jeg holdt. Og alle disse dokumentene har jeg.

Det kan være ganske interessant å ha for Det medisinske fakultets historie.

*Astrid Nøklebye Heiberg:* Noe av det som er morsomt ved å være i ulike miljøer, er å oppleve hvor ulike verdener de miljøene ofte representerer. Det er mange som gjennom tidene har klaget over at Rikshospitalet ble *altfor lite* og med altfor liten mulighet til forskning og undervisning. Sett fra Stortingets side var det meget tvilsomt om man ville ha et Rikshospital, og om det skyldtes påvirkning fra de andre sykehusene, eller om de kanskje mer var distriktenes innbitte mistillit til sentralisering som lå der, (være usagt). I hvert fall, i de korridorene hvor jeg vandret, var det veldig sjelden å høre noe som helst om *forskning og undervisning*. Det var spørsmål om størrelsen av sykehuset, hvis man nå absolutt måtte ha et. Og skulle man absolutt ha et, så måtte det helst være et *lite sted*, eller noe sånt noe. Det kunne man kanskje til nød gå med på hvis de skulle gi noen ting til disse *arrogante professorene*. Noe av det som er virkelig interessant, det er at denne gruppen som helhet avskyr arrogante professorer, særlig hvis de er *medisinere*. Samtidig er de *veldig glade i sin egen doktor*. Det er en motsetning som de har ikke noe problem med å svelge. Slik at det er så mange ulike språk og så mange ulike motiver i dette, at det egentlig er et gudsens under at Rikshospitalet i det hele tatt ble bygget, og at det er *såpass stort som det er*. Og det har jeg muligheten for å si når de som er der, klager over at de har ikke kontorer til noe som helst. Det er et under at noen av dem har kontor i det hele tatt!

Så det er så mange ulike historier i dette. Vi vet ofte så lite om hverandres verdener. Det hadde jeg lyst til å bringe inn.

*Frode Vartdal:* Stein og Åge har redegjort for grunnen til at vi kom fram til avtalen i 2006, eg trur det var 18. mai 2006 den var underskrevet. For den har jeg lest mange ganger, og den har vært *veldig viktig* for det som skjedde etterpå. Det er en av de viktigste avtalene som eg trur at fakultetet og sykehuset har inngått noen gang. Heldigvis så ble den videreført ved OUS. Og da vil jeg gjerne gi honnør til min forgjenger, Finn Wisløff, som stod hardt på for at universitetet skulle få samme innflytelse i OUS. Og eg vil seie det at det at nå seks av åtte kliniksjefer i OUS enten er *professor eller førsteamanuensis*, er heilt uvurderlig. Det er takket være tidligere dekaner og sykehusdirektører at det kom på plass.

Også har eg lyst til å seie litt om prosessen med bygging av Rikshospitalet. Eg hadde absolutt, naturligvis, ikkje noe med dei tidlige strategiske taka å gjøre. Det var interessant å høre om dem, men det var en veldig fin prosess. Der universitetet og sykehuset hadde veldig fint, nært, operativt samarbeid i planleggingen av sykehuset, der vi fikk – sjøl om vi naturligvis syns det var for lite – fikk en veldig god arealutnyttelse fordi vi hadde sambruk. Det var en kjempefin prosess, og det var veldig fint at du fremheva Per Teisberg som på den operative siden gjorde en veldig fin jobb da vi fikk til et godt Rikshospital. Så jeg håper det, når vi får nye byggeprosjekter, at vi får like godt samarbeid mellom universitetet og universitetssykehus.

Bare en ting som var veldig synd. Noen tok til orde for at man også skulle selge Radiumhospitalet og bygge *ett sykehus på Gaustad*. Det var veldig synd. Det ble regnet ut da man fusjonerte Rikshospitalet og Radiumhospitalet at det hadde en ekstra kostnad på *en halv milliard kroner per år* å ha to sykehus med to kilometers avstand. Vi kunne fått ganske mye fin forskning og undervisning for en halv milliard. Men det er snøen som falt i for.

*Randi Gerd Øverland:* Jeg tegnet meg egentlig til en tidligere debatt, og så at det temaet kanskje kunne passe i dette temaet. Det er kanskje litt perifert, men jeg syns likevel at jeg vil si at noe av problemet i dagliglivet når det gjelder samspillet mellom fakultet og sykehus, er at for noen universitetsansatte er det dumt at *universitetet* ikke i større grad framstår som *arbeidsgiver og oppdragsgiver*.

Denne problemstillingen kom opp i forbindelse med gruppen kliniske stipendiater som nok opplevde at de når de startet i jobben, så var de på avdelingen, men de var *ikke egentlig ansatt på sykehuset* og (det påvirket) den

faglige tilknytning de hadde til den professor som hadde deres forskningsprosjekt og som kanskje ikke heller var så engasjert i den jobben de skulle gjøre i undervisningen. Så de ønsket et større fellesskap og et større – *bedre tilknytning til universitetet eller fakultetet* som arbeidsgiver. Det er mulig at når vi nå har et institutt som er overordnet, eller altså forener virksomheten ved alle sykehusene, så vil det være litt lettere. Det blitt kanskje større muligheter til å være synlig også i hverdagen for denne gruppen universitetsansatte.

Siden vi snakker om sykehus, så har jeg lyst til å stille et spørsmål som gjelder forholdet til Ahus. Noe av grunnen til at Ahus ble universitetssykehus, var at man ønsket en større nærhet – større pasientgrunnlag, større nærhet til mer *vanlige pasienter* i undervisningen og i forskningen. Da det ble vedtatt at (når) en stor del av Oslos befolkning skulle overføres som pasientgrunnlag fra Oslo sykehusene til Ahus, ville en naturlig konsekvens av det være at noen av *studentene og lærerne fulgte med pasientene*. Jeg opplevde i hvert fall ikke at fakultetet spilte noen drivende rolle i å få dette til. Men jeg fastholder at det ville vært en naturlig konsekvens av det som er begrunnelsen for å opprette Ahus som universitetssykehus.

*Sigbjørn Fossum:* I mer enn 30 år har jeg sittet i ulike faggrupper (i Kreftforeningen, Forskningsrådet, Helse Sør, Universitetet og en rekke ulike fonds og legater) og vurdert søknader om forskningsmidler. Det har gjort det mulig på nært hold å følge forskningsaktiviteten ved fakultetet, og ikke minst ved Oslo Universitetssykehus. Det siste halvannet år har jeg dessuten ledet en gruppe som evaluerer og premierer de beste vitenskapelige artiklene som utgår fra sykehuset. Jeg har derfor god bakgrunn for å si at det gjennom mange år har foregått mye svært god forskning der, ikke minst i miljøet som jeg kjenner spesielt godt – medisinsk immunologi – med navn som Natvig, Harboe, Brandtzæg og Thorsby i spissen. Men hvor jeg syns det er klart at kvaliteten både i det og i andre felt har hevet seg enda noen hakk de senere årene. For å trekke frem et enkelt eksempel, må jeg si at en nylig artikkel fra miljøet til Ludvig Sollid ved Immunologisk Institutt, publisert i *Nature Medicine*, er noe av det mest imponerende jeg har lest av vitenskapelige artikler. Så det er klart at de store beløpene som er skutt inn i forskningen gjennom det regionale helseforetaket, har gitt utbytte.

Som prodekan for forskning var jeg også med i arbeidet for å utvikle forskningsstrategi ved Oslo Universitetssykehus. Den prosessen forbilledlig, og det burde fakultetet for øvrig lære noe av.

Jeg har forøvrig lyst til å si noe om Radiumhospitalet som bør være med i historien. Det var at da det (fakultetet) ble redusert fra 106 til seks enhe-

ter, var Radiumhospitalet ikke en av de seks enhetene. Jeg vet at forskerne der syntes at de ble dårlig behandlet av fakultetet. Tross solid forskningsaktivitet var det knapt noen professorater der. Da Rikshospitalet og Radiumhospitalet ble slått sammen, kom de endelig inn i varmen. Og det må fremheves at det ved Radiumhospitalet er blitt et utrolig produktivt forskningsmiljø, som ikke bare leverer glitrende god forskning, men også masse innovasjon gjennom Oslo Cancer Cluster. Jeg kunne kommet med andre eksempler på gode forskningsmiljøer. Budskapet er at de senere års formidable vekst i forskningsfinansiering, ikke minst til sykehuset gjennom det regionale helseforetaket, utvilsomt har vært med på øke forskningskvaliteten.

Men den har også utløst en boom når det gjelder forskerutdanning og personer som er opptatt på doktorgradsprogrammene. I løpet av få år er antall PhD-stipendiater fordoblet, slik at forskerutdanning nå nærmest er blitt storindustri. Jeg vet ikke hvor mange som i øyeblikket er opptatt på programmene, men jeg tipper at det er rundt 1300. Det er vanvittig mange. Og dette er et punkt som vi ikke har tatt opp noe særlig her, historikken om veksten i forskerutdanningen, utfordringen det har betydd, og også forandringen i innholdet i den nye PhD-graden i motsetning til den gamle dr. med.-graden. Et svært aktuelt spørsmål er i hvilken grad det etter hvert har skjedd en nivåsenking. Dette skulle jeg ønske vi på en eller annen måte får med når vi nå skal skrive fakultetets nyere historie.

*Øivind Larsen:* Takk for innlegget. Det siste du nevnte der, skal selvfølgelig være med, det var bare at vi ikke hadde anledning til å ta det opp her på grunn av omfanget.

*Jacob B. Natvig:* Det har vært en veldig gledelig utvikling i det som vi har fått redegjort for nå, med relasjonen mellom fakultetet og Rikshospitalet først og fremst, men det gjelder jo alle universitetshospitalene. Men særlig på Rikshospitalet oppfattet i alle fall jeg det slik at de ikke var siamesiske tvillinger i min tidlige tid som overlege (1967-1978) og da jeg var direktør der (1978-1986). Da var det nok helt klart *én direktør som styrte med alt* som hadde med hospitalet å gjøre. Men overlegene og professorene i enerstillingene på Rikshospitalet skulle ha seg frabedt noen særlig interaksjon fra direktørens side. Den utviklingen som i hvert fall jeg også prøvde å være med å styre, var *mer kontakt*. Jeg skal nevne et par eksempler på det og gleder meg ved den videre utvikling som nå er beskrevet her, og som har ført til et veldig mye mer slagkraftig miljø, både forskningsmessig og undervisningsmessig.



*Figur 21: Fra venstre: Jens Andreas Wold, Mette Groseth Langballe, Jørund Straand, Elin O. Rosvold, Nina Vøllestad, Jon Storm-Mathisen. (Foto: Øivind Larsen)*

Jeg nevnte tidligere at en av de oppgavene som jeg sto overfor, det var relasjonen mellom et pålegg fra statsråd Ruth Ryste om å lage en rammeplan for Rikshospitalet for videre utvikling *der vi var* nede i sentrum, og kravene til en langsiktig plan for Rikshospitalet. Et av mine initiativ som var veldig viktig, tror jeg, var at vi fikk snudd den skuta som var veldig innstilt på å være der vi var, med hele overlegerådet, over til *å se til Gaustad*. Det var en ting som vi var spent på, vi var redde for at det skulle føre til at vi fikk mindre bevilgninger til vedlikehold, noe som var veldig, veldig nødvendig der nede hvor vi var. Så vi gikk forsiktig i dørene alle sammen, Kaare, i en overgangstid og ville forhindre at vi fikk kuttet av bevilgningene der nede.

Men jeg holdt på et meget tidlig tidspunkt et møte med Selvaag-gruppen om dette. Etter hvert kom Holteprosjekt inn og Tove Strand Gerhardsen som var min nestleder og styreleder, Else Bugge Fougner inn i dette og var med å føre det videre sammen med en rekke folk. Jeg skal ikke komme inn på det, men det har du beskrevet, Kaare Norum, på en veldig adekvat måte.

Jeg tok opp flere saker i skjæringspunktet mellom universitet og Rikshospital. Det var en veldig vanskelig sak på Rikshospitalet med en overlege som også var professor, og som det kom klager på rent klinisk. En sak som

tok tid og som vi fikk løst med en minnelig ordning. Men den saken førte til at vi tok opp en sak med universitetet om at Rikshospitalet skulle få anledning til å *uttale seg om de innstilte søkneres kompetanse for overlegefunksjonen* før man gikk til utnevning til professor i hovedstilling. For tidligere hadde ikke Rikshospitalet hatt noen uttalerett om det. Det gikk igjennom. Og da Harald Breivik skulle ansettes som professor i anestesi, var det den første anledning til det, hvor Oddvar Stokke som formann i Legerådet og Finn Winter som var prodekanus og jeg intervjuet og vurderte ham for dette.

Så skrev jeg et brev 2. mars 1982 til Det medisinske fakultet om Rikshospitalets forpliktelser overfor Universitetet i Oslo hvor jeg går mye inn på (det) undervisningsmaterialet som vi sier er nok til å ha en velegnet studentundervisning. Jeg påpekte det veldig viktige ved å koble *medisinsk undervisning og forskning sammen*, og at Rikshospitalet fortsatt er villig til å påta seg forpliktelser innen videre- og etterutdanning, spesielt når det gjelder avansert subspesialisering. Så vi var i ferd med å få i gang en form for nærmere samarbeid mellom universitet og hospital gjennom disse mekanismene, og de har blomstret videre og ført til et veldig positivt resultat som vi har i dag.

*Ole Berg:* Stein Evensen sa at forholdet mellom fakultetet eller universitetet og Rikshospitalet, eller for så vidt han generaliserer det: klinikken – har endret seg over tid. I mesteparten av tiden, sa han, siden 1814 eller 1826 så har *fakultetet dominert*, men i den siste generasjonen så har det vært en *forskyvning i retning av klinikken* og for så vidt i retning av samfunnet. Jeg er enig i den diagnosen. Natvig føyet for så vidt også litt til som sier noen ting om *når dette hamskiftet skjedde*. Og det skjedde på dette området som på nesten alle andre områder i samfunnet fra 1970-årene og utover. Du fikk det, Natvig, i 1980-årene da du satt som direktør. Og du nevnte nettopp nå det som skjedde med innstillingen i forbindelse med professorutnevnelser.

Jeg skal bare si litt om hva jeg tror kan ligge bak denne utviklingen. Vi får et mer og mer kunnskapsbasert samfunn på alle områder. Det betyr at samfunnets produktive liv blir mer og mer avhengig av forskning og høyere utdanning. Men jo mer samfunnet blir avhengig av det, jo mer interesse knytter samfunnet til det. Større og større ressurser må inn i akkurat denne sektoren. Det betyr at samfunnet forlanger mer nytte igjen og mer dokumentert nytte.

Så til dette at klinikken og for så vidt universitetet på en helt annen måte *styres enn før*. At man ikke har de autonome professorene for eksempel, men

at de blir arbeidstakere og å må finne seg i å bli styrt på en helt annen måte. Det henger sammen med dette. Dette at denne sektoren er blitt viktigere, gjør at den *mister autonomi, den blir styrt i større grad*.

Denne utviklingen gjør også at de som skal høste nytten, det vil si klinikken, helsevesenet, får en øket betydning på bekostning av forskningen som gir de viktigste premissene. For de forlanger at forskningen må være relatert til klinikken. Dermed forskyves makten over mot Helse- og omsorgsdepartementet og via det ned til RHF-ene. Så det overrasker ikke meg at det har vært en slik utvikling. Det henger sammen med hele den generelle utviklingen, hvor i en viss forstand vi blir viktigere og viktigere, men samtidig blir styrt på en mer og mer spesifisert måte. Det interessante og litt ironiske er at i neste omgang betyr jo dette at klinikerne, samtlige klinikere, mister autonomi fordi de blir styrt av en forskning som blir mer og mer spesifiserende, prosedyrer osv., evidensbasert medisin. Så det er mange sånne ironier i denne utviklingen.

*Borghild Roald:* Den nære forbindelsen mellom fakultet og sykehus gjør at Det medisinske fakultet er en fremmed fugl i universitetssystemet. Det opplever vi på mange måter. Opprinnelig, i nesten 150 år, var Rikshospitalet *sykehuset* som universitetet forholdt seg til. Det har jo endret seg, som jeg skal komme tilbake til. Vi fikk toer-professorer, fordi man trengte personer som kunne være *kliniske lærere* for studentene. Som første universitetssykehus gikk Ullevål sykehus inn i folden med opprinnelig bare toerprofessorater.

I fakultetet i dag har vi en hovedtyngde på toerprofessorer i klinisk sykehusmedisin. Det er todelt problem. Det ene er at toerprofessorer ikke føler tilhørighet til universitetet. Det er vanskelig å skape en *korpsånd* i dette systemet hvor oftest man er to eller tre universitetsansatte med lite kontakt med andre professorer.

Det andre er *lojaliteten* når man har en *delt lojalitet* mellom sykehus og universitet.

En liten kommentar til dette med årsak til etableringen av Ahus. Daværende minister (Dagfinn) Høybråten laget et utvalg med mandat å skissere *hvordan* – ikke *om* – daværende SiA kunne bli universitetssykehus igjen. Jeg var da fakultetets representant i det utvalget.

En liten historie som Ole Petter Ottersen fortalte meg:

Da han kom til Kunnskaps- og forskningsminister Tora Aasland som nyutnevnt rektor ved Universitetet i Oslo, fortalte han Tora om all den fantasiske forskningen som foregikk på Universitetet, hvor bra det var og hvor ledende man var osv. Tora hørte høflig på ham og var veldig imponert. Så sa hun til slutt:

«Men Ole Petter, undervisningen, hva med *undervisningen*? Du vet jo at hvis det er bare forskningen det dreier seg om, så snakker du om en *forskningsinstitusjon*. Et universitet har *både studenter og forskning*.»

*Ivar Følling*: Tre poenger:

Først til Randi Øverland. Vi har fått flere studenter på Ahus i år. Det er nok begynnelsen på en videre opptrapping, for det er naturlig med det store nedslagsfeltet at vi får enda flere. Så spør du om vi har fått lærere tilsvarende økningen nå? Nei, men jeg tror de kommer. For jeg tror at dynamikken er:

1. Rekrutterings – befolkningsgrunnlag
2. Derav studenter
3. Derav bevilgninger til stillinger
4. Derav forskning og bedret pasientbehandling.

*Punkt to*: Jeg vil understreke den dramatiske forskjellen det er mellom en universitetsansatt på et basalinstitutt og en klinisk universitetslærer. *Basalinstituttene* har undervisning, forskning og formidling. I *klinikken* har vi de tre pluss den *kliniske hverdag*. Og den er den *største*. Og dette dominerer helt forskjellen på en profil på en klinisk lærer og en lærer på et basalinstitutt. Derfor er det helt nødvendig, som Per Vaglum har sagt, at det *frigjøres tid*, og vi har sett i løpet av den historiske tiden vi nå diskuterer, at ledig tid til universitetsarbeid for toerprofessoratene og andre akademiske lærere på de kommunale sykehus har økt, og har nærmet seg litt det privilegiet de har hatt på Rikshospitalet.

*Punkt tre*: Helt til slutt tør jeg muligens si noe som er verre enn å banne i kjerka. Jeg tror at det hadde vært riktigere å *bygge Rikshospitalet på Ullevål*. Jeg tror at den nåværende situasjonen med kranqlingen mellom de to sykehus vil fortsette år etter år etter år. Og uansett hva man kommer til så blir det galt, for man må frakte pasientene fra det ene sykehuset til det andre og tilbake igjen for å få undersøkt alle organer. Det vil bli et mye sterkere og flottere universitetsmiljø og rutinemiljø med *ett senter*. Det er mulig at direktøren på Ullevål nå har tatt tyren ved hornene og sier at på lang, lang sikt må vi *bygge opp ett sted* og bruke resten til boliger.

*Øivind Larsen*: Takk. Dette er en interessant diskusjon, men som egentlig er et annet møte, så jeg tror ikke vi kan diskutere det videre. Men nå har Peter Kierulf bedt om ordet, vær så god. Og så er det Frode Vartdal, og deretter må de to innlederne få en sluttreplikk hver.

*Peter Kierulf*: Jeg skal være helt kort og bare takke fakultetet for sin klokskap i å se at også universitetet trengte et ombud, et *forskningsombud*. Det er

egentlig påfallende når vi ser rundt i samfunnet for øvrig, hvordan andre har skjønt at de har trengt et ombud. Finn Wisløff og Frode Vartdal i kjølvannet av Sudbø-saken så vel da og sannsynligvis også før, og jeg har sett det etterpå, at det er både kultur – heldigvis – men også ukultur i Det medisinske fakultets miljøer. Det har vært – og jeg mener at det fortsatt vil være – viktig å videreføre den forskningsombudsjobben som jeg ble tilbudt i april 2008, og som jeg faktisk har sett på som særdeles viktig. Det har vært snakket om «management by walking around», og jeg har gått rundt mange steder. Og jeg har også etter Jarle Breiviks antydning påtatt meg å undervise ved PhD-studiet hvert semester i de tre kursene. Slik at jeg tror at den generasjonen som kommer nå, den vil ha et veldig klart forhold til hvor går reglene for forskningsetikk, ikke minst Vancouver-reglene.

*Frode Vartdal:* Til Randi Gerd: Eg var den første leder for Klinisk medisin, og da fikk jeg data for undervisning og undervisningskapasitet. Da var det en god balanse mellom universitetssykehusene når det gjaldt tilførsel av ressurser og undervisning. Det eneste som lå litt under, fikk litt mindre på det tidspunkt, det var faktisk Ullevål sykehus. Med den nye budsjettmodellen vil økt bruk av undervisning ved Ahus automatisk føre til mer ressurser til lærere. Og vi ønsker å bruke Ahus mer. Men det er på noen områder kapasitetsproblemer, spesielt i akuttmottaket. Så eg vil gjerne seie det at når det gjelder å gå foran med å gi klinikerne bedre kår, så var det faktisk Ullevål som innførte en dag ekstra som første sykehus. Så her var det Rikshospitalet som kom til slutt.

*Åge Danielsen:* Jeg har jo mye mer lyst til å se fremover. Men jeg tror at det er en god kilde til læring det at man prøvde å gjøre hverandre gode, ikke dårlige. Gjøre hverandre gode. Og at man hadde en klar ambisjon med hva slags miljø man skulle etablere.

Da jeg kom til Rikshospitalet i 1997, hørte jeg i kommunikasjon i fra sykepleierne hele tiden at:

«– han driver jo bare med forskning, og det ødelegger hele pasientbehandlingen her –»

Det ble slutt på det. Alle var opptatt av at skal dette sykehuset ha en rolle i fremtiden, så må man tenke lang sikt, og da må man drive med forskning. Da jeg forlot Rikshospitalet, selv om det gikk som et sjokk, så var det en helt annen type kommunikasjon fra de andre gruppene i sykehusene. Det var *aksept for å drive med forskning*, og at det var en viktig del av konseptet, liksom.

*Stein A. Evensen:* Vi har allerede hørt at det kommer mer undervisning på Ahus fordi det flyttes flere pasienter dit. Det er jeg veldig glad for å høre. Og at det også etter hvert kommer flere lærere. Men det er jo synd at det skjer såpass langsomt. Fordi det har vært en fjærende motstand både i deler av fakultet og også i sykehus, ikke minst fra Ullevåls side, når det gjelder denne prosessen. Det er vanskelig å ta innover seg at Rikshospitalet ikke lenger er det beste stedet å drive mye av utdanningen. Jeg er bekymret over at jo mer enige man er om at Rikshospitalet skal være et høyspesialisert sykehus, jo vanskeligere blir det å drive undervisning der. Jeg kan alt det om at det er viktig å ha sjeldne pasienter, men faktisk er det slik at Ahus ble valgt som nytt universitetssykehus blant annet fordi det har et enestående pasientmateriale som må utnyttes bedre og mot mindre motstand enn hittil har vært tilfelle.

Det andre og siste punktet mitt er spørsmålet om *sykehustilskuddet*. Jo mer dundrende suksess denne nye strømmen av penger først og fremst fra sykehusenes budsjetter har vært, jo mer klager hører man fra noen om at ikke man får tak i det. Psykologer klager, folk fra Mat.-nat klager, og jeg hører også nå folk fra basalinstituttene klage. Vi må passe på at vi ikke ødelegger for hverandre. Hvis det skulle utvikle seg slik at penger opprinnelig fra sykehusbudsjettene kom til å utgjøre en signifikant finansiering av basalfag ved Det medisinske fakultet, så ville pengestrømmen komme til å bråstoppe i løpet av kort tid. Det det gjelder, er å finne de rette samarbeidsprosjektene hvor prosjektleder kommer fra klinikken. Da går det absolutt an å skaffe midler denne veien.

## Leger utdannet ved Det medisinske fakultet – og andre leger

### *Jevngodhetsvurderinger – fakultetets rolle ved godkjenning av medisinerutdanning fra utlandet*

*Stefan Kutzsche:* Jeg vil benytte anledning til å takke for invitasjonen for å snakke om fakultetets rolle ved godkjenning av medisinerutdanning fra utlandet.

Sentralt i dette er begrepet *jevngodhetsvurderinger*. Vi setter fokus på nyere historie. Fakultetet har vært til stede i jevngodhetsvurderinger i mer enn 50 år og har lagt ned et betydelig arbeid i dette. Det er veldig få leger i internasjonal sammenheng som kommer til Norge, men i Norge utgjør dette relativt mye arbeid, sett i forhold til migrasjonen av leger i dag. Ved utfordringene i samfunnet med endrete krav fra befolkningen til helsestell er det blitt en viktig oppgave å ha disse jevngodhetsvurderingene. Men jeg vil også rette fokus mot det som er sagt, at vi må ha et *vitenskaps-praktisk*

*perspektiv*, fordi her handler det om *kvalitet av utdanningen*. Her handler det om evalueringer av utdanninger foretatt ved utenlandske institusjoner. Men det er også et *individ-samfunnsperspektiv* fordi nettopp effekten på helsestell i befolkningen er viktig, og vi får problemer dersom kvalifikasjonene eller *kvalifiseringen av legene ikke er tilstrekkelig*. Så i en ny verden med internasjonalisering og globalisering er dette et veldig viktig tema.

Jeg har lyst til å ta dere litt tilbake og se tilbake på disse 50 år. Det begynte rett etter krigen at det kom leger til Norge som undertegnet en egenerklæring og bekreftet sin medisinskfaglige kyndighet. Dette endret seg fort. Bare noen få år senere var det krav til faglige vurderinger som grunnlag for å sikre seg at søkere hadde de nødvendige medisinske kunnskaper og kjennskap til landets lovgiving, før de fikk rett til å kalle seg leger.

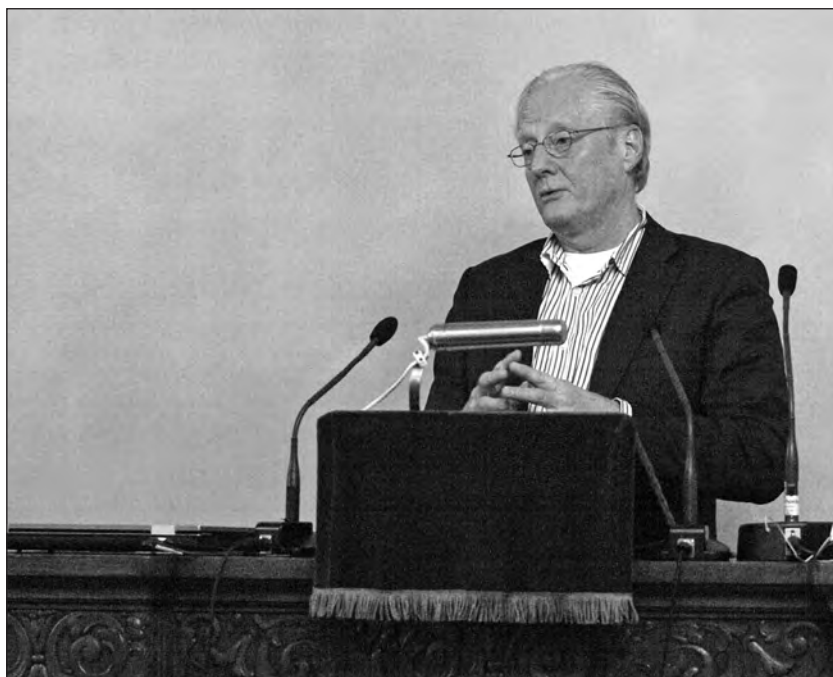
Deretter ble lovgivningen endret. Det kom lov om *godkjenning av utenlandsk eksamen* 8. juli 1949. Det har utviklet seg videre, slik at kravene nå er lagt til Helsepersonell-loven og styres av Helsedirektoratet.

Men tilbake til universitetet og fakultetet. Jeg personlig kan se tilbake på ti års arbeid med dette. Det er et krevende arbeid. Vi har arbeidet i et *utvalg for utenlandsmedisinere og lisenssaker* som universitetet hadde frem til 2007, og det var tilknyttet et sekretariat. Der ble det arbeidet helhetlig med individuelle vurderinger av kandidater som ønsket autorisasjon i Norge. Det var som sagt, et krevende arbeid, fordi her måtte det vurderes dokumenter fra utenlandske universiteter, til dels fra universiteter hvor vi ikke hadde oversikt hvordan læreplanen, altså curriculum, egentlig så ut, og måtte ofte ta kontakt med disse institusjonene for å få opplyst om disse.

Prinsippet *jevngodhet* definerer i dag en standard i forhold til utøvelse av faget medisin. Tidligere var prinsippet *jevngodhet* knyttet mer til *jevngod eksamen*, altså tilsvarende *norsk eksamen*. Så gikk man videre og så på *innhold og struktur* av hele studiet, og i dag er man kommet til *utøvelse av faget*, altså til det som er «output» når legene kommer i praksis.

Prinsippet *jevngodhet* har mange perspektiv. Derfor er et vidt samfunnsperspektiv viktig. Dette har vi arbeidet utrolig mye i utvalget, fordi kvalitet i utdanningen handler om pasientsikkerheten, den moralske siden og samarbeidet med pårørende, kollegial forståelse, og samarbeidet mellom helsepersonell.

Utvalget besto av kolleger fra fakultetet med bred dekning via alle spesialiteter. Det var spesielt veldig viktig å ha med hovedfagene kirurgi, indremedisin og psykiatri. Også de mindre fagene prøvde man å få dekket. Rekruttering av medlemmer var ikke så enkelt, men vi holdt et tall på åtte til ti personer i utvalget, ledet av en professor. Jeg var selv leder i nærmere to år og medlem i åtte år.



*Figur 22: Oppsummering i auditoriet ved Erik Falkum. (Foto: Øivind Larsen)*

Min forgjenger, professor Henning Schjønby, gjorde et grundig arbeid og arbeidet også med et fremtidsperspektiv, for han så at her var det behov for endringer. Behovet for endringer ble oppdaget rundt år 2005, da den gjeldende fagprøven som bestod av en multiple choice eksamen, ble mer og mer tvilsom. Det ble stilt spørsmål om hvorvidt fagprøven kunne representere en god vurdering av kandidater i forhold til *reliabilitet* og i forhold til *validitet*. Det var også praktiske problemer med å generere stadig nye multiple choice spørsmål. Og man så litt ut i verden. Sammen med Schjønby besøkte vi universitetet i Leeds, og vi var i København og lærte mer om evalueringsmetoder. Vi kom tilbake og fortsatte å utvikle egne multiple choice questions. Vi arbeidet med kvalitetssikring av hele fagprøven.

Tiden gikk og det ble endringer igjen etter at utvalget og sekretariatet ble nedlagt. Det hadde nok sin grunn i at det var vanskelig å gi gode saksyndigvurderinger i en mer kompleks verden, og at også evalueringsarbeidet var krevende, slik at Universitetet i Oslo i dag har en avtale med Helseledelse om å levere en modifisert OSCE, altså en stasjonseksamen,

for å vurdere legene med utdanning fra land utenfor EØS. Denne testen blir brukt som et element i en jevngodhetsvurdering. Helsedirektoratet har nå et større ansvar enn før og samarbeider med SAFH (Statens autorisasjonskontor for helsepersonell) med dette arbeidet. Utfordringene som er knyttet til jevngodhetsvurderinger, er *kurs i nasjonale fag, språkkrav* og som sagt den *faglige medisinske prøven*.

Så jeg slutter her. Det er mye mer å si, det er en spennende historie, og jeg skulle gjerne lagt mer ut, men jeg stopper her.

*Elin Rosvold:* Tusen takk, Stefan! Der er en utakknemlig rolle å være sistemann på overtid. Men vi har tid til noen spørsmål likevel. Det er Jens Andreas.

*Jens Andreas Wold:* Jeg vet ikke om jeg har noen spørsmål, men altså bare noen bidrag til historien. Jeg skal gjøre det kort, slik at ikke jeg sier det samme som Stefan altså har gjort.

Jeg begynte ved Sekretariatet for utenlandsmedisinere i 1980 som førstekonsulent. Jeg tok over stillingen etter en professor og var selvfølgelig litt skuffet over at jeg ikke fikk beholde stillingstittelen.

(Litt humring i salen)

I alle fall har Stefan redegjort mye for tilleggskurset, det skal jeg ikke gå inn på. Men bare ganske fort meldte det seg – dette var vel på altså midten av 1980-tallet – flere og flere utenlandske statsborgere som måtte ta norskkurs og et kurs i norsk medisinsk terminologi som vi utviklet den gangen. Vi kjente veldig godt til medisinske utdannelser i de nord-europeiske landene, men mindre til for eksempel Hellas, Spania og Italia. Og der var det mange kandidater som kom og som for så vidt hadde eksamen i det som vi kaller *de små kliniske fagene*, men de eksamenene var *teoretiske*, og vi stilte jo krav om *klinisk eksamen med pasient*. Så de ble pålagt å ta disse eksamenene.

I 1986 kom EØS-avtalen som innførte automatiske godkjenningsordninger for de landene som tilhørte EØS. Det var på en måte litt rart at du en uke satt og vurderte hvilke tilleggseksamener folk måtte avlegge, og den andre uka så var alt ok. Det var Erik Enger (leder for utvalget for utenlandsmedisinere) og jeg som jobbet sammen med disse spørsmål.

Det kom også etter hvert flere og flere fra det som vi kaller de *eksotiske landene*. Vi hadde en periode hvor det kom mange vietnamesere og folk fra andre land. Deres eksamenspapirer var veldig vanskelig å vurdere. Så det en ofte gjorde da, var at en tok disse kandidatene og satte dem inn i hospiteringsordninger i medisin og kirurgi i 17. og 18. termin av studiet. Og så fikk de følge undervisningen og praksis.

Det siste som jeg skal si, er at jeg jobbet med dette i syv-åtte år. Jeg har talt at det måtte antakelig passere bortimot 1500 leger i løpet av de årene. Jeg tenkte heldigvis ikke så veldig mye på det da, men jeg har tenkt på det i ettertid. Var nå alle disse 1500 legene av en sånn standard ....., altså dette med forfalskede vitnemål og sånn, det var jo på tur inn. Men det som jeg trøster meg med, er vel at de aller svakeste kandidatene forhåpentligvis ble fanget opp i turnustjenesten.

*Bjørn Hol:* Dessverre hadde universitet også vedtatt en ny budsjettfordelingsmodell etter at EØS inkluderte Ungarn og Polen, det vil si leger derfra trengte ikke lenger å gå igjennom testen. I den nye budsjettfordelingsmodellen på universitetet hadde man satt noen merkelapper på deler av pengestrømmene, blant annet så var da denne eksamenen med der. Og vi *tapte 10-15 millioner kroner* på at den endringen skjedde, rett ut av vår lomme. *Utrolig bittert!* Vi har *aldri* fått noe gjennomslag for at vi skulle få kompensasjon for det.

Ellers er det et par stikkord til dette – denne interessante virksomheten som Det medisinske fakultet i Oslo har hatt nasjonalt ansvar for, i tillegg til det som Stefan nevner her. Det har jo vært et tema dette med søkers *rettigheter, juridiske rettigheter*, i forhold til hensynet til pasientene som de skal behandle etterpå. Og der har vi opplevd at fakultetets faglige vurdering er blitt overprøvd av *Helsepersonellnemnda* som er det klageorganet som en søker kan henvende seg til, hvis man blir nektet autorisasjon fra SAFH. Noe som vi har tatt opp med Helsedirektoratet og håper at vi skal få til en lovendring eller forskriftsendring på.

Det andre er dette som Jens Andreas også er inne på, dette med formell utdanning. *Hva sier egentlig et papir i dag?* Og hvordan skal man sikre seg at man har kompetansen? Der har fakultetet egentlig konkludert med at man er nødt til å *teste* de som kommer så grundig at man vet at de *har kompetansen*, uavhengig av hva slags papirer de kan vise for seg. Det som heldigvis har skjedd, er at vi har fått en mer formell bestilling fra Helsedirektoratet. Vi har fått et oppdrag med nødvendig finansiering som gjør det mulig å lage dette på en tydeligere måte enn det som var tilfelle tidligere, og da er det Stein som nå ivaretar den oppgaven for fakultetet.

*Stein A. Evensen:* Nå grep Bjørn det viktigste poenget. For oss som nå har ansvaret for å arrangere slike fagprøver for utenlandsmedisinere, er det en påkjenning at *søkers rettigheter synes å gå foran pasientenes rett* til å bli vurdert av noen som har vist seg å mestre vanlige ting. Selv om det ikke er mange eksempler, opplever vi at utenlandske leger som *stryker gjentatte ganger på*

*fagprøven*, har henvendt seg til Helsepersonellnemnda og fått anledning til *å ta folk i kur*. Vi håper at det skal bli slutt på det på en eller annen måte.

Ellers tror jeg at det til Norge fra EU-land kommer leger som burde vært testet, og ikke bare folk fra «Langtvekkistan» som i dag dominerer.

Det aller siste jeg vil si, er at kanskje er det på tide å slutte å teste utenlandske leger på denne måten. Jeg har selv ivret overfor Departementet for at man burde innføre en slags form for europeisk slutteksamen for alle medisinske kandidater, som var lik for dem som gikk opp, enten man kom utenfra eller innenfra, og som ble arrangert på én bestemt dag.

*Bjørn Østberg*: Jeg var i flere år underviser både i klinisk og teoretisk rettspsykiatri og hadde også ansvaret for eksamen i det. Det er jo slik at juristenes inntogsmarsj i medisinen startet i psykiatrien. Slik at selv om man får en europeisk fagprøve, så er de forholdene som utspiller seg på det rettspsykiatriske området, spesielle. Selv i Norden er det forskjellige lover og regler i hvert enkelt land. Slik at den undervisningen universitetet tilbød til disse legene, at samfunnet har tatt bort den, anser jeg som nokså utilbørlig. Vi merker det senere, fordi psykiatri ikke bare dreier seg om dem som skal bli psykiatere, men alle de som hos Hjortdahl og andre skal bli allmennpraktikere og henvise til psykiatrien. Det gjelder enten det dreier seg om den vanlige psykisk-helsevern-loven, regler for bruk av tvang og lignende, eller straffeloven, så er det så *forskjellig fra land til land*, hvilket viser seg også i den undervisningen og de prøvene jeg nå har fra utvekslingsstudentene. For de er blanke, de som kommer fra det europeiske området. Så her gjelder det at fakultetet minner direktorat og departement og andre på at her er det hull i opplegget så lenge man ikke gjør det slik fakultetet gjorde det tidligere.

*Stefan Kutzsche*: Jeg har selv gjort en undersøkelse om *kommunikasjon og språk*. Jeg har funnet at hovedproblemet med legene med bakgrunn fra andre institusjoner i utlandet utenfor EØS, er *språk og kommunikasjon*. Det hadde jeg lyst til å nevne, og så har jeg lyst til avslutningsvis også nevne at Helsedirektoratet er klar over svakhetene i nåværende system og ønsker å fortsette å samarbeide med universitetene for å rette opp i det i de årene som kommer.

*Elin Rosvold*: Tusen takk! Tusen takk til alle sammen for en intens dag så langt!

Det sitter en hos oss nå, nemlig Erik Falkum, som nå skal ha gleden av å prøve å oppsummere alt det som vi har sagt i dag. Det hele blir jo trans-

kribert, men det får han ikke tid til å vente på, for vi starter umiddelbart inne i auditoriet, vi skal rigge litt opp der inne – -

## Oppsummering

*Øivind Larsen:* Ja, kjære aktørseminardeltakere, da er vi kommet til oppsummeringen ved vår kollega Erik Falkum. Han har hatt en meget anstrengende dag! Som dere ser, han er jo nesten ikke seg selv, for han har sittet og prøvd å danne seg et inntrykk av hva vi har sagt. Det var jeg som spurte ham om å gjøre oss denne tjenesten, og han sa ja. Og hvilken hevn han har forberedt for det, tør jeg nesten ikke tenke på! Vær så god, Erik!

*Erik Falkum:* Det ble sagt her at Stefan Kutzsche hadde fått en utakknemlig oppgave, men jeg tror min er verre. Da vi kom hit, så sa Per Vaglum til meg at du får konsentrere deg om *underteksten*. Men jeg er da temmelig overveldet av *overteksten*, sånn at dette er vanskelig.

Jeg kommer ikke til å prøve å gi noen detaljert oppsummering, det tror jeg er bortimot umulig – og ikke får jeg noen forberedelse heller. Så det jeg har tenkt å gjøre, er å si noe om noen av områdene med tanke på den oppgaven som jeg tror Øivind og co. som skal skrive denne boka, seinere har når det gjelder å få fram de analytiske kategoriene som alt dette veldig rikholdige materiale skal analyseres gjennom.

Da begynner jeg med *utdanningen av medisinere* som Per Brodal og Ivar Følling snakket om. Der er det en linje som går på integrasjon av første og annen avdeling, altså preklinikk og klinikk. Det er en linje som handler om medisinske atferdsfag, vekt på konsultasjonen, vekt på samtalen. Og som ender opp med Oslo96 hvor studentaktiviteten legges stor vekt på, hvor det er en slags demokratisering av utdanningsstrukturen, altså hvor studentene deltar mer enn før. Og hvis en av disse nøklene, de analytiske nøklene, er utvikling som er styrt innenfra eller utenfra, så er vel kanskje dette området et eksempel på at utviklingen er styrt av ting som er innenfor fakultetet og innenfor medisinen selv. Per Brodal og co. var pionerer og hadde tatt opp i seg internasjonal kunnskap om betydningen av *samtalen* og av å *forstå hele pasienten*, sånn som jeg forstår det.

Føllings innlegg la vekt på et annet veldig viktig aspekt, nemlig bredetilfang når det gjaldt pasientmateriale, og Åhus' inklusjon i fakultetet er, sånn som jeg forstår det, knyttet til dette. Fordi det er – det var i hver fall – mer av et generelt sentralsykehus som hadde bredere pasientmateriale enn de sykehusene som var i front på hvert sitt område, særlig Rikshospitalet som hadde et smalere pasienttilfang.

Når det gjelder *andre utdanninger ved fakultetet* som Ole Berg og Nina Vøllestad snakket om, var det vel kanskje sånn at faktorer om bestemte utviklingen, kom mer utenfra. Jeg forsto deg sånn, Ole, at her var det snakk om Legeforeningens aktivitet. Og innføringen av faget *ledelse* knyttet til en generell samfunnsutvikling som satte økende spørsmålsteget ved den medisinske profesjonens selvfølgerlige autoritet. Slik at det var en *samfunnsbevegelse* som hele tiden utfordret denne *autoriteten* og som førte til at legene gikk over til å bli *alminnelige arbeidstakere* og måtte legitimere *sin egnethet til å lede*. Det var på en måte et viktig «utenfra-perspektiv» og en bevegelsekraft som spilte en rolle når det gjaldt innføringen av ditt fag.

Når det gjelder Vøllestads innlegg om *sykepleierutdanningen* og akademiseringen av de treårige høyskoleutdanningene, der noen av dem ble inkludert i fakultetet, er jeg litt mer usikker på hva jeg skal si, om det er en utvikling som er styrt innenfra eller utenfra, i den grad man skal bruke den dikotomien. Det handler vel om noe av det samme, altså om utfordringen av den medisinske autoriteten, profesjonenes autoritet, den innebærer samtidig at andre profesjoner i helsefeltet får et skyv i retning av å skaffe seg større autoritet på en måte, gjennom utdanning.

Så var det *kvinner i fakultetet*. Der snakket Astrid Nøklebye Heiberg om de få rollemodellene innenfor fakultetet som eksisterte da hun startet. Det ble noen flere etter hvert. Men det er en diskrepans mellom den rollen som kvinnene spiller antallsmessig i fakultetet nå og den andelen de utgjør av studentmassen. Her er det mulig at du snakker om det som ofte kalles «glasstaket». Altså at det er et tak der som formes av faktorer både på holdningsplanet og organisasjonsplanet og på maktplanet. Det er litt vanskelig å ligne ut disse forskjellige nivåene. Men det er blitt beskrevet som et glass-tak, ikke bare innefor akademien og medisinen, men generelt når det gjelder kvinners muligheter for å nå toppstillinger i det medisinske feltet. Så der er det utfordringer. Der er det også om å gjøre å finne de viktige analytiske nøklene for Øivind og co., tenker jeg.

Jeg tenker at det temaet som kanskje førte til størst engasjement i salen, sånn som jeg registrerte det, var spørsmålet om *formidling*. Der husker jo jeg hvordan min gamle lærer, Nils Retterstøl, satt på TV sammen med Per Øyvind Heradsveit. Han var en slags «bestefar» som fortalte befolkningen om hvordan sjela så ut og hvordan den utviklet seg og sånn. Den tiden er knyttet til den perioden hvor legeprofesjonen hadde en selvfølgerlig legitimitet. Og det er ikke sånn (lenger) – ingen av oss kunne sitte sånn som Nils Retterstøl på fjernsynet og si dette, selv ikke Per Vaglum kunne det! Så det er noe som knytter seg til den generelle samfunnsutvikling og som hele tiden utfordrer profesjonsmakten, kan du si.

Det er også noe med tidsåndens forhold til lange resonnementer som kommer inn her, tenker jeg. Medievirkeligheten er veldig preget av korte – hvis man skal kalle det resonnementer i det hele tatt. Du kan fort tenke på David Kahneman's skille mellom «fast and slow thinking» – altså dikotomiene. Enten/eller-scenene er det mange av i medievirkeligheten, kanskje i samfunnet i stort også. Og de lange, krevende resonnementene, den langsomme tenkningen, den har dårlige kår i offentligheten. I veldig mye av den formidlingsvirksomheten som vi driver, er det jo snakk om nettopp lange resonnementer, langsom tenkning. Så der er det mange motkrefter som det gjelder å forstå når man beskriver historien.

Når det gjelder *fakultetets organisering*, så snakket Bjørn Hol, og jeg oppfattet at det var en slags overordnet føring som knytter seg til spenningen mellom utviklingen i sykehusvesenet og fakultetet, eller universitets-sammenhengene, hvor alle de organisatoriske endringene på sykehusplan får konsekvenser for den måten fakultetet organiserer seg på. Antall institutter som i en periode var knyttet til sykehusene i Osloregionen endrer seg når OUS-prosessen kommer i gang. Vi har nå tre institutter. Det illustrerer betydningen av å reflektere over forholdet mellom sykehus og fakultet som vi kom tilbake til da Stein Evensen holdt sitt innlegg.

*Allmennmedisin som fag*, jeg vet ikke hva du vil si, Per, men jeg hadde inntrykk av at hvis man skulle tenke sånn innenfra og utenfra, så var det delvis noen initiativer, åpninger for det på myndighetsplan, som førte til at det første gaveprofessoratet ble etablert. Men det var i betydelig grad initiativrike, engasjerte kolleger som drev dette fram, delvis karismatiske skikkelser som hadde den evnen som en annen var inne på her. Borchgrevink var vel en sånn person som skapte miljøer – (med) lyst til å forske, lyst til å drive utvikling innenfor allmennmedisinen. Samtidig er det jo mye som knytter seg til Legeforeningens aktiviteter til dette området, det er også en sånn *utenfor-instans* som kommer inn her. Så jeg tror det er veldig mye interessant diskusjon i kjølvannet i oppsummeringen av denne delen av historien.

*Nysgjerrighet og nytte i forskningen*, der er det jo sånn at grunnforskningen har lidd, det er vel noe de fleste er enige om. Forskningsprogrammene har vært under debatt. Mangelen på frie midler er etterlyst. Dette henger også – sånn som jeg tenker om det – sammen med samfunnsutviklingen, hvor altså myndighetene er opptatt av umiddelbar nytte, ikke helt umiddelbar kanskje, men ganske nær, framtidig nytte, og ser ikke innebyrden av det sitatet som ble tillagt Sigbjørn, om at forskjellen på anvendt forskning og grunnforskning er at grunnforskning er mer anvendelig. Altså de lange perspektivene som dere var inne på.



*Figur 23: Og så til slutt når alt er over: Sosialt samvær med god mat og god vin. Lars Walløe holder tale. (Foto: Øivind Larsen)*

Per Vaglum snakket om *utviklingen av den kliniske forskningen, kampen*. Der er jo utviklingen av psykiatrien et godt eksempel på hvordan dette kan gjøres med suksess. Hvor du selv spilte en veldig sentral rolle. Også et eksempel på hvordan en karismatisk skikkelse kan dra med seg kolleger inn og utvikle programmer som på lengre sikt har svære gevinster. Men det må kjempes for. Det er kjennetegn ved den kliniske forskningen som innebærer enormt mye arbeid, enormt mye samarbeid, som du var inne på, mellom aktørene både i sykehus og forskning – og så da pasientene.

Stein Evensens innlegg – jeg assosierte veldig mye til dagsaktuelle problemer. De 150 årene med fakultetsdominans ble avløst av stadig sterkere sykehusdominans, hvor ledelsen ikke lenger var toppen i akademien. Det var en utvikling. I tillegg dette med tilskuddsmidlenes «hemmelige» karakter – eller det var i hver fall ikke mulig å skjønne helt hva som skjedde med dem. Det var flere som var inne på det. Det var en veldig sann klar opplysning. Jeg hadde ikke hørt om dette, faktisk. Det er i det hele tatt veldig mange detaljer i det som er blitt sagt i dag, som er helt nye for meg. Derfor går jeg ikke inn på så mange av dem. Men det var jo en litt positiv slutt da Åge Danielsen snakket om at det er lysning i tunnelen, på en måte. Jeg vet ikke om du er enig i det, Stein. Så der er det viktige ting som knytter seg til det vi står oppi nå med OUS-prosessen og lignende.

Da er vi ved det siste innlegget om *jevnghedhet*. Der kom jeg på en historie fra min første tid på Gaustad hvor det var en italiensk assistentlege, en kvinnelig assistentlege som hadde et fantastisk språkøre. Hun snakket sånn at vi trodde hun kom fra Oslo vest. Hun hadde ikke vært så lenge i Norge, men det viste seg at hun bare svarte med de samme ordene som den norske personen henvendte seg med. Når hun ble satt ut og skulle drive selv, kunne hun ingen ting. Så dette med språk, det er et viktig poeng. I parentes her, så var dette en meget vakker ung kvinne som nok fløt litt på det, så jeg tror at noen av overlegene som var veiledere ble littegranne forført!

Men det er viktige ting som gjøres på dette området, som knytter seg både til OSCE-eksamen og alle de andre kontrollmekanismene. Men jeg tror jeg er helt enig i det du sa om at *språk* er veldig viktig. Jeg tror at det fortsatt er sånn at man ikke tar alvorlig nok på betydningen av språk. Det er litt preget av mitt eget fag hvor vi ikke har noen parakliniske hjelpemidler og hvor språket er verktøyet. Men jeg tror at det gjelder i alle disipliner.

Jeg tror det var det. Takk for i dag!

Applaus!

*Frode Vartdal:* Da vil eg på vegne av fakultetet takke alle aktørene som har bidratt til å belyse det som har skjedd de siste 30-40 årene på en framifrå måte. Eg begynte som student i 1969 og har lært en masse om mine tidligere lærere. Stort sett i veldig positiv forstand, og eg er heilt sikker på at dette bildet bidrar til å skape ei veldig god historiebok om Det medisinske fakultet som skal komme ut i september 2014. Og så vil jeg først og fremst takke Øivind og Elin for å ha arrangert dette på en framifrå og flott måte og tusen takk!

Applaus!

*Redaktør:*

*Øivind Larsen*

*Avdeling for samfunnsmedisin*

*Institutt for helse og samfunn*

*Universitetet i Oslo*

*oivind.larsen@medisin.uio.no*

# Bologna-prosessen og den norske kvalitetsreformen

*Michael 2013; 10: 345–9.*

*I 1999 møttes utdanningsministre og universitetsledere i Bologna. Sammen skapte de visjonen om et europeisk utdanningsområde – a European Higher Education Area – der studenter og universitetslærere kan bevege seg fritt mellom lærestedene og få sine eksamener og sin kompetanse anerkjent der de kommer. I Norge førte dette til Kvalitetsreformen, med bachelor- og mastergrader, et felles karaktersystem og vektall, undervisning på engelsk og studentutveksling. Internasjonalisering ble Kunnskapsdepartementets mantra for høyere utdanning. Hvordan kunne dette hende? Hvor vil det ende?*

Etter tretti år som universitetslærer, forsker og administrator i departement og forskningsråd, ble jeg i 1991 generalsekretær i Det norske universitetsråd, universitetenes samarbeidsorgan, som senere ble til Universitets- og høyskolerådet. Som Universitetsrådets generalsekretær deltok jeg i det europeiske universitetssamarbeidet, i det som nå heter European University Association, EUA. Jeg var også med i myndighetssamarbeidet som medlem i Europarådets komité for høyere utdanning og forskning. Dette ga et spennende innsyn i europeisk utdanningspolitikk og en mulighet for selv å delta. I min departementstid hadde jeg hatt ansvaret for tilrettelegging for norske studenter i utlandet, i forskningsrådet (NTNF) hadde jeg jobbet opp mot EU-kommisjonen. Til sammen ble dette en god bakgrunn for en aktiv medvirkning i Bologna-prosessen i de første, spennende årene.

## Hvorfor Bologna?

I 1988 hadde Universitetet i Bologna feiret sitt 900 års jubileum med mye pomp og prakt. Der var universitetsrektorene fra hele Europa gjester, og sammen utarbeidet de et dokument som ble kalt *Magna Charta Universitatum*. I engelsk språkdrakt sier dette dokumentet (blant annet og litt forkortet) at:

*The university is an autonomous institution at the heart of societies; it produces, examines, appraises and hands down culture by research and teaching.*

*To meet the needs of the world around it, its research and teaching must be morally and intellectually independent of all political authority and economic power.*

Det var ikke bare i Norge at myndighetene detaljstyrte universitetene; institusjonell autonomi var derfor en kampsak for universitetslederne. Magna Charta Universitatum var godt stoff for rektorenes festtaler i årene som fulgte, så hvorfor da ikke markere 10-årsdagen med en ny rektor-konferanse i Bologna?

Men i mellomtiden hadde det hendt mye annet som var viktig for høyere utdanning og forskning. Jeg skal holde meg til utdanningsbiten:

EU hadde etablert sine utdanningsprogrammer Sokrates og Erasmus. Studentmobilitet og utveksling var kommet i skuddet. Men å godkjenne eksamener fra andre land, satt langt inne hos professorene ved Europas universiteter. Det førte til at Europarådet og UNESCO utarbeidet utkast til en konvensjon om godkjenning av eksamener og grader mellom landene. Konvensjonen ble vedtatt på en konferanse i Lisboa i 1997. Men ratifikasjonen, parlamentsvedtak som ville gjøre en konvensjon til lov, gikk tregt.

Så, i 1998, feiret Universitetet i Paris sitt 800-års jubileum. Da hadde Frankrike en geskjeftig utdanningsminister som ville innføre bachelor- og mastergrader ved de franske universitetene. Det fikk han selvfølgelig problemer med. Men han var smart: Under jubileet på Sorbonne fikk han med seg sine kolleger fra Italia, Storbritannia og Tyskland til å underskrive en felles deklarasjon, som blant annet sier at

*A degree system, in which two main cycles, undergraduate and graduate, should be recognized for international comparison and equivalence, seems to emerge.*

*A convention, recognising higher education qualifications within Europe, was agreed on last year in Lisbon. Standing by the conclusions from Lisbon, one can build on them and go further.*

Her drev fire ministre sitt eget spill om høyere utdanning i Europa! Uten å spørre EU-kommisjonen og uten å spørre verken Jon Lilletun eller ministre i andre land. Noe måtte gjøres!

Resultatet var en felles konferanse for ministre og universitetsledere i Bologna i 1999. Der deltok Jon Lilletun som representant for den norske regjeringen og jeg som representant for de norske universitetene. En felles erklæring fra ministrene fulgte, ikke bare fire denne gangen, men 29. Fra universitetssiden hadde vi vært med på å utforme utkastet. Jeg tar med noen få avsnitt fra Bologna-deklarasjonen:

*A Europe of Knowledge is now widely recognised as an irreplaceable factor for social and human growth.*

*European higher education institutions, for their part, have accepted the challenge and taken up a main role in constructing the European area of higher education, also in the wake of the fundamental principles laid down in the Bologna Magna Charta Universitatum of 1988.*

*While affirming our support to the general principles laid down in the Sorbonne declaration, we engage in co-ordinating our policies to reach the following objectives:*

- Adoption of a system of easily readable and comparable degrees, based on two main cycles, undergraduate and graduate.*
- Establishment of a system of credits to promote student mobility.<sup>1</sup>*
- Promotion of mobility by overcoming obstacles to free movement<sup>2</sup>.*
- Promotion of European co-operation in quality assurance.*

## Fra Bologna til Bergen

I Bologna hadde ministrene sagt: *We will meet again in two years' time*. Noen måtte vel forberede et neste møte? Dette var ingen EU-sak, men EUs finske formannskap tok initiativ til en oppfølgingsgruppe og Bologna-prosessen var gang.

Selv fulgte jeg Bologna-prosessen tett i de neste seks årene. I 1999 var jeg blitt valgt til nestleder for Europarådets komité for høyere utdanning, i 2001 ble jeg leder for komitéen. Jeg deltok som Europarådets representant i oppfølgingsgruppen og på ministermøtene i Praha i 2001 og i Berlin i 2003. Der ble det bestemt at neste stopp skulle være Bergen, og jeg ble bedt om å etablere et sekretariat for Bologna-prosessen fram til Bergen-møtet.

Bologna-prosessen ble en pan-europeisk sak. I Bergen steg antall deltakerland til 45. 36 av dem hadde da ratifisert Lisboa-konvensjonen, og omtrent alle hadde innført bachelor- og mastergrader, vekttall og et kvalitetssikringssystem etter en felles mal.

Noen generelle prinsipper var blitt akseptert underveis: *Public responsibility for higher education*: lovverk, gradssystem, kvalitetssikring. Institusjonell autonomi skulle inn i lovverket. Studentene fikk etter hvert begrepet *the social dimension* inn i Bologna-prosessen: Alle skal ha like muligheter for høyere utdanning – prinsippet har sin rot i FNs menneskerettserklæring fra 1948. I Norge opplevde min generasjon den allmenne muligheten for høyere utdanning etter at Statens Lånekasse ble etablert i 1947.

---

1 vekttall

2 Lisboa-konvensjonen

## Kvalitetsreformen

Hjemme i Norge fikk vi Mjøs-utvalgets innstilling året etter Bologna-deklarasjonen og stortingsmeldingen om Kvalitetsreformen i 2001, med vekt-tall, bachelor- og mastergrader fra 2003 og NOKUT (Nasjonalt organ for kvalitet i utdanningen) til å ta seg av kvalitetssikringen. PhD kom inn som en tredje grad i utdanningssystemet. Kvalitetsreformen er Bologna-proses-sen på norsk.

De norske universitetslederne hadde ventet på slike reformer. Profes-sorene var nok mer skeptiske. Men både i Norge og på europeisk nivå ble Bologna-prosessen et samarbeid mellom myndigheter, universitetsorgani-sasjoner og studentorganisasjoner, derfor ble den ganske vellykket.

## Hva kom ut av Bolognaprosessen?

Mange land i Europa trengte fornyelse i sin høyere utdanning, slik som Norge. Bolognaprosessen ble en felles mal for slik fornyelse. Fornyelsen av gradssystemet skjedde raskt. Lisboa-konvensjonen og den nye likheten mel-lom systemene gjorde der enklere for våre studenter å gjøre som Erasmus, å studere ved universiteter i flere land. Mange steder demonstrerte likevel studentene: Myndighetene benyttet Bologna som begrunnelse for upopulære forandringer.

Bolognaprosessen har nok vært viktigst for landene i Øst- og Sørøst-Europa. De måtte omstille seg fra et sentraldirigert regime fra kommunist-tiden til et nytt system. For dem ble Bologna-prosessen en oppskrift på hvordan dette kunne gjøres. Jeg hadde mange oppdrag for Europarådet i disse landene. Bolognaprosessen stilte krav til landenes utdanningssystemer. De prinsippene jeg nettopp nevnte skulle ivaretas, blant annet i lovverket. Jeg har vært med på å revidere lovverket i landene i det tidligere Jugoslavia, i Albania, Moldova, Ukraina og Armenia. Det eneste landet i Europa jeg ikke har vært i, er Hviterussland. Der kjører Lukasjenko sitt eget løp.

Hvor lenge kan en slik prosess bevare dynamikken? Ministrenes mål fra Bologna var å etablere et europeisk utdanningsområde, *the European Higher Education Area (EHEA)*, innen 2010. I Bergen i 2005 fortalte jeg ministrene at vi var halvveis. Men de tyngste sakene sto igjen. Det var ikke lett å øke studentmobiliteten uten penger. Den sosiale dimensjonen var enda tyngre, særlig i øst og sørøst. Så da 2010 opprant, etter ytterligere tre ministermøter, ble EHEA erklært for åpnet, men prosessen ble samtidig forlenget til 2020.

Prosessen har vært uformell. Verken ministrene eller deltakerlandene har noen forpliktelser om oppfølging. Det har vært prosessens styrke og dens svakhet. Bolognaprosessen har vært et godt argument for nødvendige end-

ringer, men tiltak som krever penger, må stille seg i den nasjonale budsjett-køen. Der er det for tiden lite å hente i de fleste land i Europa.

Etter møtet i Bergen ble det i større grad EU-kommisjonen som styrte utviklingen – mer enn Bolognaprosessen. Da handlet det mest om at Europa skulle bli best i verden – det ble mer vekt på konkurranse og mindre på samarbeid. Så kom finanskrisen, og EU-kommisjonen fikk andre ting å tenke på enn utdanning. Neste ministerkonferanse skal være i Armenia og jeg vet ikke om entusiasmen hos Europas utdanningsministre holder for en tur til Jerevan. Men jeg tror likevel at idéen om et europeisk utdannings-område har slått rot.

### **Utviklingen i Norge**

I Norge har utviklingen av høyere utdanning de siste femti årene vært preget av noen viktige utredninger som etter tur har vist veien videre: Ottosen-komiteen på slutten av 1960-årene, Hernes-utvalget i 1988 og Mjøs-utvalget i 2000. Ingen prinsipper varer evig, heller ikke de som lå til grunn for Kvalitetsreformen. Allerede Gudmund Hernes tok til orde for internasjonalisering av norsk høyere utdanning, men bachelor- og master-grader ville han ikke ha. Kristian Ottosen hadde sett behovet for en høgskolesektor i tillegg til den tradisjonelle universitetssektoren, men Ole Danbolt Mjøs syntes at alle kunne få bli universiteter.

Det har fulgt mange forbedringer med Kvalitetsreformen, men institusjonene har benyttet sin nyvunne frihet til å gjøre ting de lyster, slik som at høyskolene nå gjør hva de kan for å bli universitet. Det blir det ingen nasjonal utdanningspolitikk av. NOKUT forvalter etter egne regler, men i et dynamisk system som høyere utdanning kan ikke kvalitet sikres gjennom et statisk regelverk. Når Høgskolen på Nesna kan drive ex.phil.- og ex.fac.-kurs på Bali med innleide timelærere som reiser snarturer fra Norge, er noe galt. Det er igjen dags for at noen tenker nytt og stort om norsk høyere utdanning.

*Per Nyborg  
Hoffsveien 60B  
0377 Oslo  
per.nyborg.em@gmail.com*

# Spesialutdannede sykepleiere til primærlegeoppgaver i USA

*Michael 2013; 10: 350–6.*

*I USA er Nurse Practitioner en spesialutdannet sykepleier som har en utvidet og selvstendig rolle i arbeidet med diagnose og behandling av pasienter. Det er en yrkesgruppe som finnes også i andre land, og det kan være aktuelt å vurdere om den vil kunne være et nyttig tilskudd til det norske helsevesenet, blant annet på grunn av det økende kapasitetspress på primærlegene.*

## Bakgrunn

I deler av 2012 hadde jeg et forskningsopphold ved Kansas University Medical Center School of Nursing, Kansas City, KS for å få innsikt i yrkesrollen *Family Nurse Practitioner*, inkludert deres utdanning og arbeidsoppgaver, samt for å kunne reflektere over hvorvidt denne yrkesrollen ville utgjøre et aktuelt tilskudd til norsk primærhelsetjeneste.

## Kapasitetsproblemer i norsk primærhelsetjeneste

Befolkningens bruk av legetjenester øker (1). Samhandlingsreformen og den nye fastlegeforskriften har målsetninger om økt fokus på forebygging og sykdomsoppsporing (2-3), noe som sannsynligvis vil medføre ytterligere økning i antall konsultasjoner i primærhelsetjenesten. Wesnes og medarbeidere uttrykte våren 2012 at fastlegeordningen trenger flere leger og det er behov for bedre rekrutteringstiltak i primærhelsetjenesten (4).

Et av alternativene for å avhjelpe kapasitetspresset er å benytte seg av spesialutdannede sykepleiere, *Nurse Practitioners* eller *Advanced Practice Nurses*, til legeoppgaver i primærhelsetjenesten. En tilsvarende yrkesgruppe på mellomnivå har eksistert i mange år i land som USA, Storbritannia, Australia, New Zealand og Canada, og det estimeres at omkring 70 land på verdensbasis har eller er i ferd med å etablere denne yrkesrollen (5). I Norge er jordmødre, helsesøstre og psykiatriske sykepleiere eksempler på

bruk av spesialutdannede sykepleiere som utfører individrettede konsultasjoner i primærhelsetjenesten.

### **Hva er en *Nurse Practitioner*?**

En av utfordringene med å forstå yrkesrollen *Nurse Practitioner* er begrepsforvirringen relatert til rollen, da begrepene *Advanced Practice Nurse* (APN) og *Nurse Practitioner* (NP) til dels brukes om hverandre i litteraturen.

International Council of Nurses definerer APN som en autorisert sykepleier med kunnskapsgrunnlag, beslutningsevner og klinisk kompetanse til utvidet praksis. Typen praksis avhenger av situasjon og land der personen praktiserer. De anbefaler mastergrad som inngangsnivå for tittelen (6).

I USA brukes begrepet *Nurse Practitioner* vanligvis om en APN som arbeider selvstendig eller sammen med en lege med direkte klinisk arbeid som anamnese, undersøkelse, diagnose og behandling, samt forskrivning av medikamenter og henvisning til spesialistvurdering.

Det finnes flere ulike undergrupper av *Nurse Practitioners*. Fokuset i denne artikkelen er på *Family Nurse Practitioners*, som vanligvis arbeider sammen med eller tilsvarende en allmennlege. *Family Nurse Practitioners* kan praktisere helt selvstendig i 16 amerikanske stater. En del stater krever at en NP har samarbeidsavtale med lege i forbindelse med forskrivning av legemidler, mens de øvrige statene krever et tettere samarbeid (7).

### **Personlige opplevelser og refleksjoner**

Under oppholdet mitt ved KUMC School of Nursing fikk jeg anledning til å delta som observatør i det kliniske arbeidet til enkelte *Nurse Practitioners* ansatt ved universitetet. Som allmennleger i primærhelsetjenesten i Norge arbeidet de i flere ulike settinger med varierende pasientpopulasjoner.

*Kansas University Family Medicine Clinic* (KUMC) hadde mange likhetstrekk med norsk allmennpraksis, om enn i mye større omfang.

En tydelig praktisk forskjell fra normen ved fastlegekontor i Norge var at leger og NPs ikke gjennomførte konsultasjoner på eget kontor. Klinikken hadde i stedet en rekke konsultasjonsrom der pasienten ble tatt imot av sykepleier som noterte de nødvendige vitale data og hovedårsaken for besøket, samt sørget for at pasienten var avkledd dersom det var relevant for undersøkelsen før NP eller lege kom inn. Dette sparte selvsagt noe tid for behandleren, men iblant fikk jeg følelsen av at det var utfordrende for pasienten å være helt komfortabel i anamnesedelen av konsultasjonen når hun var ferdig avkledd til både gynekologisk undersøkelse og brystundersøkelse, og kun tildekket av en papirkjortel gjennom hele samtalen. I tillegg

ble en del av innspart tid tapt ved at behandleren måtte logge seg på data-systemet i hvert rom, og i tillegg ofte valgte å gå til arbeidsstasjon i et kontorrom for å fullføre notater etter konsultasjonen, og dermed hadde enda en påloggingsprosess.

Den NP jeg fulgte, hadde en pasientliste med hovedsakelig helsekontroller og oppfølging av kjente tilstander. Øyeblikkelig hjelp-konsultasjoner ble likevel tilbudt på klinikken alle dager, men ble håndtert av andre behandlere enn den NP jeg hospiterte med.

Medisinsk sett var konsultasjonen mellom pasient og NP ganske lik det man ville forvente hos en norsk allmennlege. Det ble benyttet elektronisk pasientjournal og elektronisk reseptløsning. Pasientpopulasjonen var variert i både alder og etnisitet, men det var få barn under 18 år, fordi det i USA er vanlig at barnas primærhelsetilbud ivaretas på egne pediatriske legekontor. NP hadde selvstendige konsultasjoner, men i tett samarbeid med lege, og denne legen kom innom i de fleste konsultasjonene for å hilse på pasienten, være tilgjengelig for spørsmål, og noen ganger gjøre deler av den kliniske undersøkelsen. Denne formen for uformell supervisjon var behagelig, men medførte i en del tilfeller at deler av pasientkonsultasjonen ble gjort dobbelt. Generelt var flere av konsultasjonene relativt lange i varighet, oftest over 30 min. Det var uttalt fokus på forebygging, med gjennomgang av status for vaksinasjoner og aktuelle screeningundersøkelser som mammografi og kolonoskopi.

En betydelig forskjell fra norsk allmennpraksis oppsto når pasientene ved denne klinikken ble innlagt i sykehus. Klinikken beholdt nemlig deler av behandleransvaret, og gikk selv vitittrunde hos de innlagte pasientene. De samarbeidet om pasientbehandlingen med sykehuslegene på den aktuelle avdelingen, og de kunne bestille tilsyn fra andre avdelinger. Ansvar for å gå vititt på sykehuset ble fordelt mellom leger og Nurse Practitioners på klinikken i en vaktturnus. Dessverre ble det ikke anledning for meg å delta på en slik vitittrunde, men konseptet virket spennende, og behandlerne jeg snakket med, poengterte at det var lærerikt og gjorde det enklere å videreføre behandlingsopplegg etter sykehusopphold. Ulike klinikker har ulike praksis på dette området, og det er heller ikke uvanlig med ordninger tilsvarende i Norge, der sykehuslegene har ansvaret for pasienten når denne er innlagt.

### *Community Living Opportunities Wellness Clinic, Lenexa, KS*

er et helsetilbud til pasienter med varierende grader av psykisk utviklingshemming. De fleste pasientene bor i ulike former for bofellesskap og gruppeboliger med hjelp fra ofte ufaglærte assistenter, mens noen av de med mer

omfattende hjelpebehov bor i døgninstitusjon med helsepersonell. Klinikken var bemannet av to Family Nurse Practitioners og hjelpepersonell. I tillegg var det legestudent og NP-student til stede ved konsultasjonene. Klinikken hadde samarbeidende lege som var tilgjengelig på telefon ved behov, men som aldri selv var til stede. Medisinsk sett var konsultasjonene som annet allmennlegearbeid med fokus på en bestemt problemstilling brakt frem av pasienten eller personale fra pasientens bolig. Begge Nurse Practitioners så alle pasientene sammen, og dannet et team sammen med studentene der man delte på anamneseopptak og undersøkelse, før man diskuterte og kom frem til behandlingsstrategi i samarbeid. De tok seg god tid til pasientene og viste mye omsorg. Klinikken fremsto som en glimrende læringsarena for studentene som var til stede, da de fikk mulighet til å trene på anamnese og kliniske undersøkelser og diskutere de ulike kasusene i teamet etterpå. Arbeidsmetoden var sosial og nyttig i situasjoner der det var tvil om vurderinger, men samtidig kunne nok samme jobb blitt utført av én person, og dermed fremsto ordningen som noe ineffektiv.

*Silver City Health Center, Kansas City, KS* er en såkalt «safety net clinic» som gir tilbud om primærhelsetjeneste til vanskeligstilte mennesker som mangler forsikring eller har begrensede statlige eller private helseforsikringsavtaler. Mange av pasientene er illegale innvandrere fra Mexico, og klinikken hadde spansktalende hjelpepersonell som kunne fungere som tolk ved behov. Klinikken hadde Family Nurse Practitioners som arbeidet selvstendig, men det forelå en formell samarbeidsavtale med lege. Medisinsk sett fikk pasientene et fullverdig primærhelsetilbud, men muligheten for henvisning til spesialist var i noen tilfeller begrenset, og man forsøkte i størst mulig grad å kunne håndtere pasientenes medisinske problemer ved klinikken. Det var fokus på helhetsmedisin og tilpasning til pasientenes individuelle livssituasjon. Man valgte i større grad synonympreparater og noen ganger eldre og billigere varianter av medikamenter, og klinikken bisto pasientene i å utnytte ulike private og offentlige programmer for å få billigere medisiner.

## Diskusjon

Mine personlige erfaringer med yrkesgruppen Family Nurse Practitioner var svært positive. De Family Nurse Practitioners jeg møtte var dedikerte og grundige i sitt arbeid, og hadde god kommunikasjon med pasientene sine. Jeg opplevde at de hadde stor grad av yrkesstolthet, og at det var viktig for dem at pasientene visste at de ble behandlet av en spesialutdannet sykepleier og ikke av en lege. Faglig sett opplevde jeg ingen klart merkbare forskjeller fra det man ville forvente fra en allmennlege. Det må selvsagt

vektlegges at dette er subjektive opplevelser, og at de ulike Nurse Practitioners jeg observerte var fakultetsansatte, flere av dem med lang utdanning og erfaring. De er dermed ikke nødvendigvis representative for yrkesgruppen som helhet.

Et av de viktigste spørsmålene i forhold til å la andre yrkesgrupper overta oppgaver som tradisjonelt har vært innehatt av leger, er hvorvidt det er faglig forsvarlig. En Cochrane-oversikt konkluderte med at spesialutdannede sykepleiere kan produsere like høy kvalitet og like gode helsemessige utfall for pasientene sammenlignet med allmennleger, men rapporten poengterer også at mange studier på dette området har metodologiske begrensninger og kort oppfølgingstid (8).

Nurse Practitioners oppsto på 1960-tallet i USA, blant annet med bakgrunn i å avhjelpe manglende lege- og helsetilbud til innbyggere i utkantstrøk, og man kan se for seg at dette også kunne være aktuelt i Norge. En vanlig utfordring for norske kommuner er å ha tilstrekkelig antall kjente og allmennmedisinske kompetente leger i vaktberedskap. En spesialutdannet sykepleier har gjerne godt nok kunnskapsgrunnlag til selvstendig å kunne håndtere vanlige allmennmedisinske problemstillinger på dagtid. Men vil deres mer begrensede utdanning gi tilstrekkelig faglig bredde og trygghet til å håndtere uventede hendelser i en vaktsituasjon? Dette virker mer uavklart, og oppholdet mitt ga liten innsikt i dette aspektet, da hendelser utenfor kontortid i stor grad håndteres direkte i akutmottak i USA.

Dersom man vil benytte spesialutdannede sykepleiere for å avhjelpe kapasitetsutfordringer i primærhelsetjenesten, er det interessant å vite hvilken effekt de har på arbeidsmengden for legene. Et mulig scenario har vært at sykepleiere blir et supplement, snarere enn en substitusjon for leger i primærhelsetjenesten. En randomisert kontrollert studie i Nederland har sett på effekten for legenes arbeidsmengde av å ha en Nurse Practitioner som arbeider med enkelte grupper kroniske lidelser i en legepraksis, og kom frem til at legenes arbeidsbyrde ikke ble redusert (9).

I og med at Nurse Practitioners er et relativt ukjent begrep i norsk helsevesen, er det lite kunnskap om hvilke holdninger leger og sykepleiere har til idéen om en utvidet yrkesrolle for sykepleiere i primærhelsetjenesten. Det ville være interessant å vite hvorvidt profesjonskamp og egeninteresser ville veie tyngre enn den mulige nytten av tverrfaglighet og samarbeid til beste for pasientene. En studie i Storbritannia viste at leger uten erfaring med samarbeid med Nurse Practitioners hadde flere bekymringer omkring hvordan yrkesrollen ville fungere i allmennpraksis, og at det særlig var usikkerhet omkring kostnader, ansvarsfordeling og arbeidsgiverstruktur (10).

Med dagens system der norske allmennleger i stor grad er selvstendig næringsdrivende vil dette være svært aktuelle problemstillinger også i Norge.

Hvorvidt bruk av Nurse Practitioners er kostnadseffektivt, er et vanskelig spørsmål å besvare. En vanlig hypotese er at en spesialutdannet sykepleier vil utføre oppgaver en lege ellers ville utført, men få en lavere lønn for arbeidet. Dette vil i teorien gi kostnadsinnsparinger, men litteraturen viser at sykepleiere har lengre konsultasjoner og hyppigere kontroller (8), og dette vil kunne spise opp innsparingen. Man må også vurdere etikken i å ta utgangspunkt i at yrkesgruppene skal lønnes ulikt for likt arbeid. Dersom man tar utgangspunkt i at sykepleiere skal være et kompletterende tilskudd som dekker behov som i dag ikke ivaretas tilstrekkelig, vil dette i første omgang gi økte kostnader, men kan ha kvalitetsmessige fordeler og potensielt gi samfunnsmessige innsparinger på sikt, hvis det medfører bedre helse for pasientene.

## Konklusjon

*Nurse Practitioner* er en spesialutdannet sykepleier med utvidet og selvstendig rolle ved diagnose og behandling av pasienter. Under et forskningsopphold i USA tilegnet jeg meg kjennskap til denne rollen både gjennom observasjon og samtaler med Nurse Practitioners, studenter og legene de arbeidet sammen med, og ved gjennomgang av aktuell litteratur.

Nurse Practitioners er en yrkesgruppe som eksisterer i mange land, og det er relevant å vurdere om den vil være et nyttig tilskudd til det norske helsevesenet, og da særlig i primærhelsetjenesten, der man med dagens samfunnsutvikling og politiske føringer vil ha økende kapasitetspress på legene. Det vil være mange utfordringer knyttet til utformingen av en yrkesrolle som er hensiktsmessig for norske forhold. Det vil være behov for nøye vurdering at hvilke helsetjenestebehov rollen bør dekke, hvor selvstendig praksis man ønsker at rollen skal kunne utøve og hvordan kostnader skal dekkes. Man må også tenke over hvorvidt man ved å utnytte sykepleiere i nye roller vil kunne forskyve kapasitetsproblemer til andre deler av helsetjenesten.

## Litteratur

1. HELFO-statistikk: <http://www.helfo.no/statistikk/Sider/fire-av-fem-innbyggere-i-kontakt-med-lege.aspx> (12.09.12)
2. *Samhandlingsreformen – Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak. Nasjonal veileder.* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2011.
3. *Forskrift om fastlegeordning i kommunene.* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2012
4. Wesnes SL, Kristoffersen ES, Burman RA. Fastlegeordningen trenger flere leger. *Tidsskr Nor Legeforen* 2012; 132: 674-6
5. ICN Nurse Practitioner/Advanced Practice Nursing Network FA: <http://www.icn-ap-network.org/> (12.09.12)
6. Schober M, Affara F. *International Council of Nurses: Advanced Nursing Practice.* Oxford UK: Blackwell Publishing, 2006.
7. Phillips SJ. APRN consensus model implementation and planning. *Nurse Pract.* 2012 Jan 19; 37(1):22-45.
8. Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Substitution of doctors by nurses in primary care (Cochrane review). *Cochrane Database Syst. Rev.* 2004, Issue 4. Art. No.: CD001271.
9. Laurant M, Hermens R, Braspenning J, Sibbald B, Grol R. Impact of nurse practitioners on workload of general practitioners: randomised controlled trial. *BMJ* 2004; 328(7445):927.
10. Wilson A, Pearson D, Hassey A. Barriers to developing the nurse practitioner role in primary care – the GP perspective. *Family Practice* 2002; 19: 641-6

*Elisabeth Mathilde Stura*  
*fastlegevikar, Cort Piil Helsesenter, Bergen*  
*Stongaffjellsvegen 58 Q*  
*N-5301 Kleppestø*  
*elisabeth.stura@gmail.com*

(Forfatterens studiereise ble støttet av Det norske medisinske Selskab ved en tildeling fra Medicinerkvartettens Fond.)

# *Michael*

1. *Michael* is a publication series of The Norwegian Medical Society (Det norske medicinske Selskab).
2. *Michael* is named after Michael Skjelderup (1769-1852), the first medical professor in Norway and one of the founding fathers of the Society.
3. *Michael* is distributed to the members of the Society, other subscribers and libraries. Separate issues may also be distributed to external groups of readers.
4. *Michael* publishes high quality papers on medical history, medical humanities, public health and health politics. The manuscripts will be peer reviewed prior to the editorial decision on acceptance.
5. *Michael* publishes articles in the Scandinavian languages or in English, depending on topic and main readership. *Michael* is available open access at [www.michaeljournal.no](http://www.michaeljournal.no).
6. *Michael* publishes four regular issues a year. Supplements may be published at irregular intervals.
7. *Michael's* editors are appointed for a period of three years among the members of The Norwegian Medical Society by its Board. Reappointments are allowed. The editors may supplement themselves by editorial members from collaborating associations and appoint ad hoc editors for special issues.

## Editors:

Professor Øivind Larsen  
Professor Magne Nylenna  
Professor Erlend Hem  
Dr. Astrid Nylenna (secretary)

## Editorial board:

Professor Stein A. Evensen  
Professor Jan Frich  
Professor Christoph Gradmann  
Professor Arvid Heiberg  
Director Frøydis Langmark  
Dr. Kristine Lillestøl

## Postal address:

Tidsskriftet *Michael*  
P.O. Box 1152 Sentrum  
NO-0107 Oslo  
Norway  
[michael@dnms.no](mailto:michael@dnms.no)

Annual subscription rate  
NOK 500 (2021)

ISSN 1893-9651

Retur: Tidsskriftet *Michael*, Boks 1152 Sentrum, N-0107 OSLO

*www.dnms.no*

ISSN 1893-9651



9 771893 965004