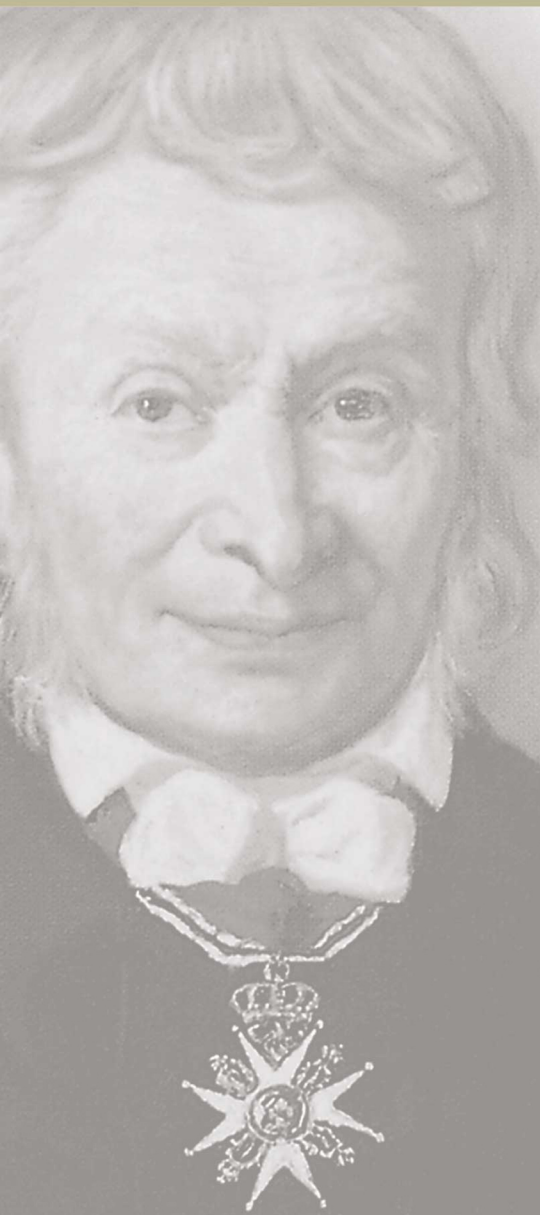


Michael



Publication Series of The Norwegian Medical Society



Samfunnsmedisinsk utdanning

4/18



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.

Styrket samfunnsmedisinsk samarbeid – en nasjonal dugnad

Michael 2018; 15: 303–7.

Denne utgaven av Michael inneholder et knippe artikler som springer ut av et nærmere og bedre organisert samarbeid mellom de samfunnsmedisinske fagmiljøene i Norge siden 2015. Utgangspunktet var egentlig en bekymring ved de samfunnsmedisinske instituttene over at lærebøkene i faget begynte å bli gamle, og over at studentene hadde signalisert at de kanskje heller foretrakk forelesernes PowerPoint-presentasjoner og det de ellers kunne finne «på nettet». En uro over at samfunnsmedisinen som undervisningsfag i så fall kunne bli utsatt for desintegrasjon og utydelighet, har inspirert både universitetsinstituttene og Legeforeningens utdanningsorganer til en felles nasjonal dugnad, mest konkret uttrykt gjennom årlige samfunnsmedisinske møter. Etter det siste møtet, på Sem Gjestegård i mai 2018 (1), ser det ut til at fagmiljøene kan samle seg både om felles fagbeskrivelser og læringsmål og trolig også om det som kan bli samfunnsmedisinens bidrag til en felles nasjonal eksamen.

Vi må helt tilbake til året 1983 – og kanskje lengre – for å få fatt i hvorfor det har vært så mange runder med definering, og omdefinering, av hva samfunnsmedisin egentlig er (2,3). Etter mange års faglig utviklingsarbeid, både i allmennmedisinen og samfunnsmedisinen, vedtok Den norske legeforening på sitt landsmøte i Loen i 1983 at begge disse fagene skulle få sine godkjenninger som fullverdige medisinske spesialiteter (figur 1).

På denne tiden var det naturlig å se allmennmedisin og samfunnsmedisin som faglige tvillinger, ettersom de begge hadde sitt praksisfelt hovedsakelig i lokalsamfunnenes primærhelsetjeneste. Den norske distriktslegeordningen, med statlig tilsatte distriktsleger, var gjennom det meste av det forrige hundreåret en bærebjelke både for det offentlige legearbeidet og for sikring av legehjelp for befolkningen. Mange var nok vel så mye utøvende praktiserende leger som «statens forlengede arm» (4). Men så ble altså distriktslegen historie med innføring av kommunehelsetjenesteloven i 1984.

UTPOSTEN

NUMMER 3-4

1983

ÅRGANG 12

AV INNHOLDET:

TEMA: Diabetes mellitus hos almenlegen

Ved
Frøde Heian og
Øystein Pedersen

OLA LILLEHOLT:
Rapport om kommunehelsetjenesten 13

ERIK SOLBERG:
Bibliografi over norsk almenmedisinsk forskning ... 18

**CHR. F. BORCHGREVINK,
PER FUGELLI OG
ERIK SOLBERG:**
Møtereferater 16 og 21

GUNNAR TELNES:
Skader og forebyggende arbeid i en kommune 22

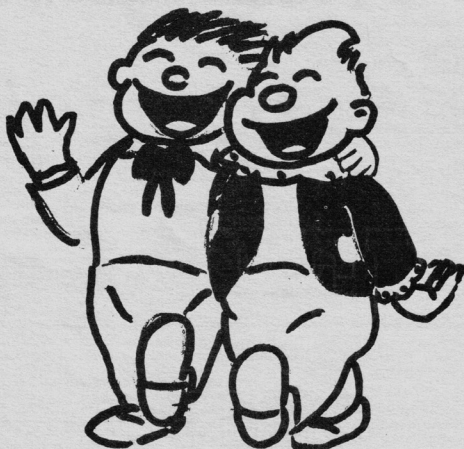
MAGNE NYLENNA:
Ungdomsmiljøet i Smøla 26

STEINAR WESTIN:
Skal almenpraktikere forelese for medisinske studenter? ... 28

JON HILMAR IVERSEN:
Presentasjon av den nye redaksjonen 31

OG MER!

DET BLE TVILLINGER!



ÅPEN VEI BÅDE FOR ALMENMEDISINSK OG SAMFUNNSMEDISINSK SPESIALITET

Samme dag som dette nummer av Utposten gjennomgår den endelige redigering kommer det beskjed fra landsmøtet i Loen at veien åpner seg både for almenmedisinsk og samfunnsmedisinsk spesialitet. Mange var på forhånd redd for at landsmøtet ville nøle med å opprette to nye spesialiteter ved samme anledning, i alle fall fordi en her med to nært beslektede disipliner. For oss som arbeider i dette feltet er det ikke vanskelig å se at dette nå var både riktig og nødvendige vedtak. «Tvillingene» er ikke identiske men komplementære. Den ene av de to spesialitetene ville alene være for spe til å ta de faglige løft som vi ser rundt oss. Nærmere omtale i neste nummer.

Figur 1. Forside fra tidsskriftet Utposten i 1983 med meldingen fra Legeforeningens landsmøte i Loen: «Det ble tvillinger».

Med opprettelsen av spesialiteten i samfunnsmedisin – gledelig som den var – oppstod det likevel en ny uklarhet om hva samfunnsmedisin egentlig er. Flere av universitetsinstituttene så seg nødt til å endre navn til «Institutt for samfunnsmedisinske fag» – i flertall – fordi instituttene fortsatt hadde en bredere fagprofil, som blant annet inkluderte allmennmedisinen (5). Og sosialmedisinen, som også har tradisjon for egne lærebøker – var den en del av samfunnsmedisinen? Svaret er så opplagt ja. Men det ble tydeligere da det ble aksept i fagmiljøene for å skjelne mellom *yrkesfag* (de godkjente medisinske spesialitetene), *emnefag* (de enkelte emnebaserte disiplinene, også sosialmedisinen), og *metodefag* («verktøyfagene», som epidemiologi og statistikk) (6).

I årene etter at den nye spesialiteten i samfunnsmedisin var godkjent, hadde faget ideologisk vind i seilene. Mange av de etablerte distriktslegene med bred primærmedisinsk erfaring ble godkjente spesialister i samfunnsmedisin. Men noen av dem fant seg ikke til rette under kommunenes nye forvaltning, med rådmenn de ikke kom overens med. De søkte seg til andre jobber, i den statlige helseforvaltningen, i NAV, eller i andre virksomheter der deres samfunnsmedisinske kompetanse var etterspurt.

Fra årtusenskiftet gikk også rekrutteringen av nye spesialister i samfunnsmedisin nokså dramatisk ned (7). I mellomtiden hadde det vært en betydelig oppbygning av samfunnsmedisinsk virksomhet i den statlige helseforvaltningen, i Helsedirektoratet og ved Folkehelseinstituttet. Mange dyktige samfunnsmedisinere hadde ikke avtjent de tre årene i kommunehelsetjenesten som spesialistreglene forutsatte. Magne Nylenna skrev på oppdrag fra det som den gang het Sosial- og helsedirektoratet en egen utredning om fagfeltet samfunnsmedisin (8), og reiste spørsmålet om ikke tiden for den nære og obligatoriske koblingen til primærhelsetjenesten var over (9).

Slik ble det etter hvert – og de nye spesialistreglene har de seneste årene gitt rom for en økende tilgang av godkjente spesialister i samfunnsmedisin, slik vi kan lese av Henning Mørlands omtale av den nye spesialistutdanningen (7). Dermed er det gitt aksept for en noe større vektlegging av samfunnsmedisinske oppgaver på system- og overordnet nivå, og noe mindre på de klassiske hygienevirksomhetene i kommunene, som «vei, vann og kloakk» og mathygiene, der ingeniører og veterinærer er kommet sterkere inn. Riktignok skriver Øivind Larsen, med en viss uro, at «... uten kunnskaper om gammeldags «hard core» hygiene vil en nyutdannet norsk lege stille dårlig rustet, eventuelt hjelpeløs, i et utviklingsland der de hygieniske forholdene kan tilsvare det vi hadde her i landet for bare to-tre generasjoner tilbake» (2).

Da er vi tilbake til noe av utgangspunktet for den nasjonale dugnaden i samfunnsmedisin: Hvordan skal vi sikre at de legen vi nå utdanner har et bredt nok grunnlag for å fungere i dagens samfunn, enten det er på sykehus, i primærhelsetjenesten eller i helseforvaltningen? Anne Helene Kveim Lie og Ingvild Fossgard Sandøy har, på vegne av de fire universitetsinstituttene for samfunnsmedisin, arbeidet med å samordne og redigere de læringsmålene som allerede fantes ved hvert institutt, også med blick på hva som eventuelt mangler (10). De viser også til at Kunnskapsdepartementet har satt i gang et eget prosjekt for å få utarbeidet nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene (RETHOS-prosjektet). Også dette kommer til å kreve et nærmere samarbeid mellom fagmiljøene i samfunnsmedisin.

Forfatterne minner oss også om at ifølge det nasjonale kvalifikasjonsrammeverket for livslang læring, fra Kunnskapsdepartementet i 2011, vil det vi til nå har omtalt som læringsmål, komme til å hete «læringsutbyttebeskrivelser», det som på sjargong allerede omtales som LUB-er (10, 11). Læringsmål dreier seg om *intensjon* for hva man skal kunne, mens læringsutbyttebeskrivelser dreier seg om *resultatet* av læringen.

Fint skal det være. Men for en uinnvidd leser vil ikke forskjellen i formuleringer være påtrengende. Forfatterne understreker at det omforente forslaget som presenteres her i *Michael*, helst skal oppfattes som starten på en faglig plattform, noe som må være dynamisk og åpent for endringer (11). LUB-ene er inndelt i *kunnskaper*, *ferdigheter* og *generell kompetanse*, men ikke etter deldisipliner. Dette for å understreke at samfunnsmedisinen er et helhetlig fag. Noen kan innvende at dette fraværet av underpunkter kan medføre vansker med å få oversikt over hva som faktisk finnes innen de enkelte disipliner, for eksempel innen arbeids- og miljømedisin eller innen sosialmedisin. Erfaringer med bruk av LUB-ene vil nok avklare den saken.

Studentundervisningen i samfunnsmedisin er nokså ulikt tilrettelagt ved de fire universitetene, men belyses konkret i en artikkel av Gunnhild Åbrege Vie (12), med utgangspunkt i studentundervisningen i Trondheim. Ved noen av universitetene er undervisningen spredt gjennom deler av studiet. I Trondheim er det også noen små innslag underveis. Men hovedtyngden er samlet i et eget samfunnsmedisinsk semester høsten i sjette studieår. Det er såpass kort tid før studentene skal ut i helsetjenestens «jungle» at de ser ut til å oppleve at det snart blir alvor (13). Det hjelper nok på motivasjonen, for manglende oppmøte har knapt vært noe problem. De vet at de snart må forholde seg til NAV og velferdsstatens kompliserte regelverk. Artikkelen inneholder også en oversikt over de samfunnsmedisinske oppgavene studenten skal utarbeide, og en begrunnelse for hvorfor de nå er knyttet svært nært til det rammeverket en samfunnsmedisiner i kommunehelse-

tjenesten må forholde seg til. En slags bro mellom studentundervisning og spesialistutdanningen, slik noen av oss ser det.

Bekymringen for studentundervisningen i samfunnsmedisin, og mangelen på lærebøker, var i sin tid utgangspunktet for denne nasjonale samfunnsmedisinske dugnaden. Behovet for lærebøker ser ut til å være avklart blant dugnadsfolket: ja – lærebøker trengs fortsatt, én eller helst flere. Et så mangfoldig fag trenger innramming (14). Og mens vi venter på nye krafttak, er det denne forfatterens oppfatning at de lærebøkene som fortsatt foreligger, ikke er så utdaterte som noen vi ha det til.

Litteratur

1. Larsen Ø. Møte om samfunnsmedisinsk undervisning i Norge – Sem, Asker, 28.–29. mai 2018. *Michael* 2018; 15: 335-46.
2. Larsen Ø. Samfunnsmedisin – ord og begreper. *Michael* 2016; 13: 86-103.
3. Nylenna M. Hva er samfunnsmedisin? *Michael* 2016; 13: 79-85.
4. Schiøtz A. *Doktoren. Distriktslegenes historie 1900–1984*. Oslo: Pax Forlag, 2003.
5. Westin S. Begrepet samfunnsmedisin. Ny betegnelse for institutt for samfunnsmedisin i Trondheim. *Tidsskr Nor Legeforen* 1984; 104: 1465.
6. Bjørndal A, Fugelli P, Westin S. Sans og samling – om samfunnsmedisinske ord og ordninger. *Tidsskr Nor Legeforen* 1993; 113: 2954-7.
7. Mørland H. Spesialistutdanningen i samfunnsmedisin. *Michael* 2018; 15: 308-14.
8. Nylenna M. *Samfunn + medisin = samfunnsmedisin? En rapport om samfunnsmedisinens muligheter og problemer i Norge*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2004.
9. Nylenna M. Samfunnsmedisin og allmennmedisin – tid for unionsoppløsning? *Utposten* 2005; nr 5: 32-4.
10. Lie AHK, Sandøy IF. Felles læringsutbyttebeskrivelser for samfunnsmedisinsk undervisning for medisinstudenter. *Michael* 2018; 15: 323-7.
11. Lie AHK, Sandøy IF. Nasjonale læringsutbyttebeskrivelser i samfunnsmedisin (versjon 20.09.2018). *Michael* 2018; 15: 328-34.
12. Vie GÅ. Studentundervisningen i samfunnsmedisin ved NTNU. *Michael* 2018; 15: 315-22.
13. Skagen K. Studentundervisningen i samfunnsmedisin: Vennligst forstyrr. *Michael* 2016; 13: 152-6.
14. Westin S. Trenger vi lærebøker i samfunnsmedisin? *Michael* 2016; 13: 230-7.

Steinar Westin

Mangeårig fastlege og professor i sosialmedisin ved Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Trondheim

steinar.westin@ntnu.no

Spesialistutdanning i samfunnsmedisin

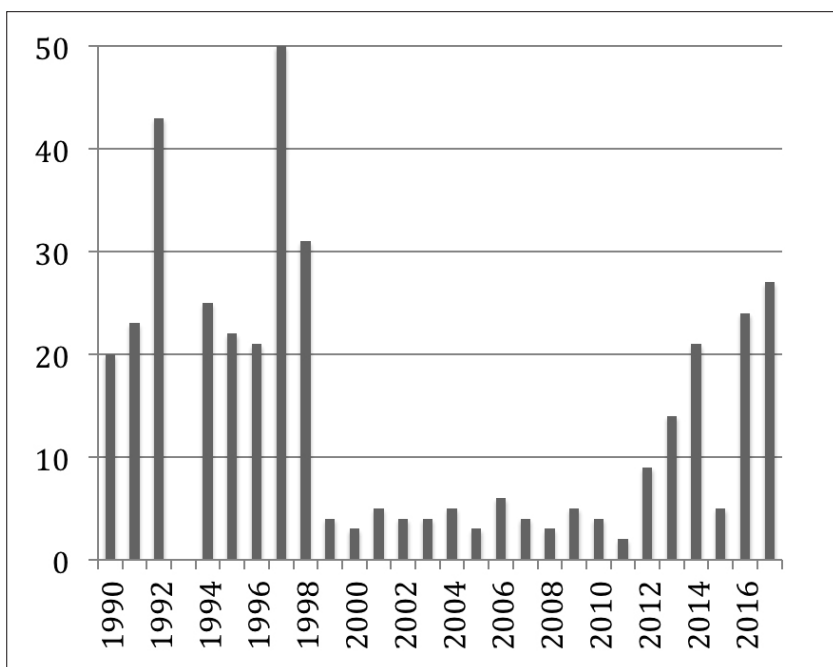
Michael 2018; 15: 308–14.

Spesialisering i samfunnsmedisin er formalisert videreutdanning for leger. Samfunnsmedisin ble opprettet som medisinsk spesialitet i 1984, og er nå en av 45 godkjente medisinske spesialiteter i Norge. Det er 575 leger som innehar spesialiteten samfunnsmedisin (september 2018), men vel 200 av disse er over pensjonsalder. Et nytt system for spesialistutdanning for leger innføres fra 2019, og dette omfatter også samfunnsmedisin. Artikkelen gir en oversikt over utviklingen til nå, og framtidsutsikter for spesialiteten.

Startfasen fra 1983

Spesialiteten samfunnsmedisin ble vedtatt opprettet i 1983 samtidig med spesialiteten allmennmedisin, i forbindelse med innføring av kommunehelsetjenesteloven. Kommunene overtok ansvaret for legetjenestene i primærhelsetjenesten som tidligere hadde vært statlig organisert gjennom distriktslegeordning eller basert på privat næringsdrift med trygderefusjon. Mange distriktsleger og leger i tilsvarende offentlige stillinger fikk spesialistgodkjenning i samfunnsmedisin på overgangsordninger. De fleste av disse legene hadde en kombinasjon av offentlig legearbeid og klinisk arbeid i allmennmedisin. Stillingene ble videreført i kommunehelsetjenesten som kommunelege eller kommunelege 1, senere har *kommuneoverlege* overtatt som vanlig stillingsbetegnelse.

Gjennom 1980- og utover på 1990-tallet hadde samfunnsmedisin en god vekst med høy takt i spesialistutdanningen og mange nye spesialister (figur 1). Utviklingen kan ses i sammenheng med løftet som primærhelsetjenesten opplevde i denne tiden med fokus på LEON-prinsippet og aktive og profilerte fagmiljøer i allmennmedisin. Den teoretiske delen av spesialistutdanningen ble gjennomført som en egen modul over tre måneder kjent som Bygdøy-kurset eller Folkehelsekurset.



Figur 1: Antall nye spesialister i samfunnsmedisin per år.

På slutten av 1990-tallet ble spesialistutdanningen lagt om, og en samlet kursmodul ble utviklet og erstattet med et spesialiseringsløp tilsvarende som for allmennmedisin. Spesialistutdanningen bygget på tre søyler, tjeneste i samfunnsmedisinsk stilling, veiledet utdanningsprogram (veiledningsgruppe) samt et obligatorisk kursprogram. Imidlertid var tilgjengelighet og kapasitet på veiledningsprogram og kurs dårlig, og bare et fåtall leger oppnådde spesialistgodkjenning i denne perioden (figur 1).

Mellomfasen fra ca. 2004 til i dag

Det ble samtidig klart at innholdet i spesialistutdanningen var modent for gjennomgang og modernisering. Mens faget i hovedsak var basert på offentlige eller forebyggende helsetjenester i kommunene, hadde samfunnsutviklingen medført at disse oppgavene i stadig mindre grad ble ivarettet av leger. Samtidig hadde det vokst fram et større behov for andre medisinske oppgaver på system- eller overordnet nivå. En utredning av Magne Nylenna pekte på samfunnsutviklingen og utfordringer for fagområdet (1). Rapporten var grunnlag for at spesialistreglene ble revidert, og det ble innført nye spesialistregler fra 2006 med en lang overgangsfase fram til 2012. Etter det har de nye reglene vært obligatoriske (2).

Det ble for alvor fart i spesialistutdanningen fra 2010 da Norsk samfunnsmedisinsk forening tok et ansvar for å på plass kursutdanningen, og Legeforeningen ved spesialitetskomiteen i samfunnsmedisin og Medisinsk fagavdeling styrket et veiledet utdanningsprogram gjennom opprettelse av egen veilederkoordinator og tilpasset veilederutdanningen. Dette har gitt en god utvikling i antall nye spesialistgodkjenninger (figur 1).

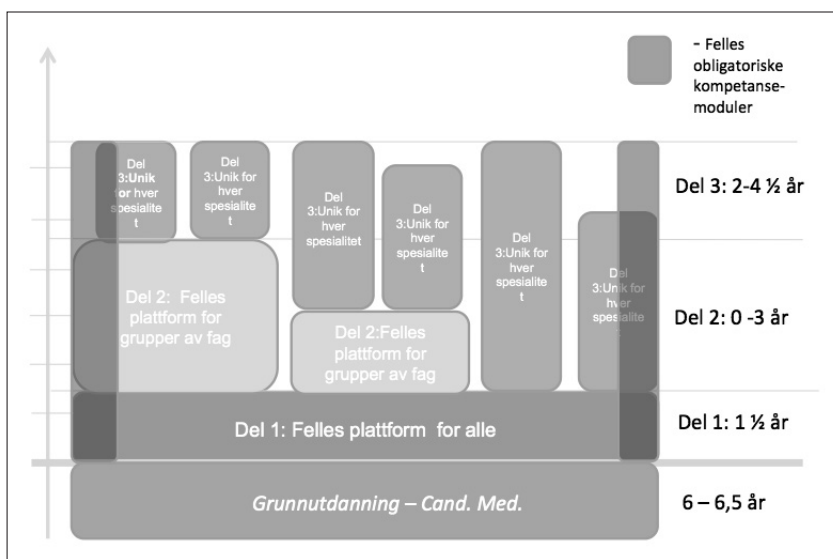
I denne perioden skjedde samtidig en endring i målgruppen for spesialistutdanningen. Mens faget tidligere var en typisk kommunespesialitet har også andre samfunnsmedisinere kommet på banen. Kommunene utgjør fortsatt hovedtyngden med 60-70% av legene som er under spesialisering. Andre viktige samfunnsmedisinske arenaer er fylkesmennene (fylkeslege/assisterende fylkeslege), NAV (rådgivende overlege), Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet og Direktoratet for e-helse. Også leger fra Forsvaret og spesialisthelsetjenesten (helseforetak og regionale helseforetak) har gjennomført spesialiseringen.

Grunnutdanning og spesialistutdanning

Før vi retter søkelyst på ny spesialistutdanning som innføres fra 2019, kan det være passende å foreta noen betraktninger over forholdet mellom grunnutdanningen i samfunnsmedisin, det vil si faget slik det undervises i medisinstudiet ved universitetene, og spesialistutdanningen. Det har vært påpekt til dels stor variasjon mellom undervisningen ved de fire norske universitetene og mellom grunnutdanningen og spesialistutdanningen. Ideelt sett bør spesialistutdanningen bygge på og videreføre det studentene undervises i studiet. For mange kliniske fag er slik påbygging tydelig, for eksempel i psykiatri eller øre-nese-halssykdommer.

I samfunnsmedisin er dette mindre åpenbart. Her må det imidlertid påpekes at samfunnsmedisin som undervisningsfag ved universitetene også omfatter emner som ikke inngår i spesialiteten, for eksempel arbeidsmedisin og sosialmedisin.

Fra 2014 har fagmiljøene selv grepet fatt i utfordringen og gjennomført årlige møter og seminarer med representanter fra undervisningsmiljøene på universitetene og Norsk samfunnsmedisinsk forening som aktør i spesialistutdanningen. Arbeidet har ledet til en harmonisering av læringsutbyttebeskrivelser i studentundervisningen. Samarbeidet har også avdekket at forskjellene ikke har vært så store som først antatt. Flere av universitetene har dessuten utlyst stillinger hvor det har vært søkt etter personer med erfaring fra praktisk samfunnsmedisinsk arbeid i tillegg til akademisk kompetanse. Det er også blitt rekruttert veiledere i bistillinger med ståsted i praktisk samfunnsmedisin.



Figur 2: Ny spesialiststruktur.

Ny spesialistutdanning fra 2019

Spesialistutdanningen for leger er under omlegging og ny struktur og nytt system innføres fra 2019. Første omlegging skjedde allerede fra 2017 da den tidligere turnusordningen ble erstattet av første obligatoriske del i all spesialistutdanning, nå kjent som LIS1 (lege i spesialisering, LIS1). Tidligere spesialistregelverk og ulike spesialforskrifter er opphevet og erstattet med Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger (spesialistforskriften) som styrende dokument (3).

Det skal bemerkes at spesialistforskriften per september 2018 ikke er ferdigstilt for spesialitetene allmenn-, samfunns- og arbeidsmedisin (ASA). Helse- og omsorgsdepartementet har signalisert at disse spesialitetene i hovedtrekk vil reguleres på samme måte som de øvrige spesialitetene, men med visse unntak. Forskriftsbestemmelsene som gjelder ASA-spesialitetene var på offentlig høring med frist i juni 2018, og det er lagt til grunn at bestemmelsene blir omtrent som høringsforslaget.

Spesialistforskriften regulerer ansvar og myndighet i spesialistutdanningen for leger. Videre forskriftsfestes utdanningsvirksomhet som begrep og pliktsubjekt, og et betydelig ansvar for gjennomføring og dokumentasjon legges på utdanningsvirksomheten. For alle spesialiteter utenom ASA-fagene vil helseforetakene ha en sentral rolle som utdanningsvirksomhet, men forskriften åpner for at deler av spesialiseringen kan skje ved tjeneste i samarbeidende institusjoner eller i avtalepraksis. For ASA-fagene vil kommunene

være utdanningsvirksomhet for allmennmedisin, mens det for samfunnsmedisin vil være kommuner eller statlige virksomheter som har dette ansvaret. I arbeidsmedisin er bildet mer sammensatt ettersom mange arbeidsmedisinere er ansatt i private virksomheter og bedriftshelsetjenester

Strukturen i ny spesialistutdanning illustreres gjennom Helsedirektoratets figur (figur 2). LIS1 tilsvarer den tidligere turnustjenesten, og er et første felles obligatorisk trinn for alle leger, og består som tidligere av 12 måneders tjeneste ved sykehus og 6 måneder i kommunehelsetjenesten. For ASA-fagene er det ikke lagt opp til en felles påbygging, slik at legen går rett over i LIS3 (figur 2).

Et annet viktig og helt sentralt element i ny spesialistutdanning er innføring av læringsmål. For samtlige medisinske spesialiteter er det vedtatt en samling læringsmål som må dokumenteres gjennomført og godkjent for å kunne bli spesialist. Spesialistutdanning har til nå bestått av at legen har gjennomført tilstrekkelig tjenestetid og at læringsaktiviteter som kurs og veiledningsgruppe er gjennomført. I flere spesialiteter har det også vært krav til at legen skal ha gjennomført et bestemt antall prosedyrer eller operasjoner. I hovedsak har dette vært et krav til volum, og det har i liten grad vært systematiske krav til hvordan arbeidet har vært utført. En omlegging som medfører at det skal foretas en vurdering av gjennomføring og utførelse, vil gi et kvalitativt løft for spesialistutdanningen. En slik omlegging kommer imidlertid ikke av seg selv, og vil kreve mer systematiske krav til supervisjon, undervisning og veiledning, økte krav til ledere, og også bevisstgjøring og ansvarliggjøring hos legene som er under spesialisering. Erfaringer fra andre land som har gjennomført sammenlignbare endringer i spesialistutdanningen tilsier at dette er prosesser som det vil ta flere år å innarbeide.

For leger i sykehus vil det fortsatt være egne stillinger for leger i spesialisering (LIS) som danner grunnlaget for spesialistutdanningen. Det foreslås ikke innført egne utdanningsstillinger i ASA-fagene, og det vil her være som tidligere at tjenesten oppnås gjennom arbeid i samfunnsmedisinsk stilling. Det innføres krav til løpende supervisjon og at det skal oppnevnes en individuell veileder for lege i spesialisering. Krav til veiledet utdanningsprogram og kurs forventes videreført. Videre innføres det krav til felles kompetansemål for alle spesialiteter i tverrgående fag som etikk, kommunikasjon, helserett, kunnskapshåndtering, administrasjon og ledelse. Dette er fagområder som allerede har en sentral plass i spesialistutdanningen.

For spesialiteten samfunnsmedisin er det fastsatt 45 læringsmål innenfor følgende fagområder: Saksbehandling, råd og veiledning, kvalitetsarbeid og tilsyn, kartlegging og analyse, ledelse og administrasjon, plan- og prosjektarbeid, internasjonal helse, helseberedskap, smittevern og miljørettet helse-

vern, akademisk kompetanse og klinisk kompetanse (4). De fleste læringsmålene i samfunnsmedisin forutsetter at legen tilegner seg erfaring og kompetanse så vel i bredde som over tid. Her er noen eksempler for å illustrere dette:

- *Beherske formidling av bred samfunnsmedisinsk kunnskap og være i stand til å veilede og gi råd til samarbeidspartnere, virksomheter, beslutningstakere, befolkningen og media (SAM-008)*
- *Ha god kunnskap om ulike metoder for kvalitets- og tjenesteutvikling, herunder grunnleggende kvalitetsteorier (SAM-011)*
- *Beherske planprosesser og gjennomføring av prosjekter i egen virksomhet (SAM-027)*

Læringsmål av denne typen lar seg vanskelig vurdere og godkjenne gjennom en enkel prosess, men vil kreve kjennskap til hvordan legen har tilegnet seg fagkunnskap og arbeidet med oppgavene over tid. Helsedirektoratet er i gang med å utarbeide veiledere for hvordan man kan evaluere læringsmål i spesialistutdanningen. Innen hver spesialitet vil det være behov for å utvikle egne systemer. I samfunnsmedisin har vi benyttet skriftlig hjemmeoppgave i tilknytning til kurs, og dette er en læringsaktivitet som kan anvendes i evalueringen av læringsmål.

Framtidsutsikter

Innføring av ny spesialistutdanning i samfunnsmedisin er foreløpig ikke iverksatt, men er på planstadiet. Innholdsmessig blir det ingen store endringer, men økt krav til struktur, veiledning og dokumentasjon og godkjenning av læringsmål vil medføre mer ensartet kompetanse hos nye spesialister og sikre kvaliteten. En foreløpig uløst utfordring er hvordan man skal lykkes med å gjennomføre dette i praksis. Spesialistforskriften forutsetter gjennomførings- og vurderingskompetanse i utdanningsvirksomhetene, og her vil det være høyst ulike forutsetninger. Mens store kommuner og flere statlige virksomheter vil ha organisasjonsstrukturer og fagmiljøer, vil dette i liten grad være til stede i små og mellomstore kommuner. Mange samfunnsmedisinere arbeider forholdsvis alene i hverdagen, og kan ha et lite fagmiljø rundt seg. En kommune har mange oppgaver, og bevissthet på samfunnsmedisin i organisasjonen er gjerne lav. Den personen som er samfunnsmedisinere leder har nødvendigvis heller ikke samfunnsmedisinsk kompetanse.

Veiledning blir en nøkkelfaktor, både i form av personlig en-til-en veiledning, samt deltakelse i veiledningsgruppe. Individuell veiledning og gruppeveiledning kan utfylle hverandre og ivareta ulike behov. Tilgjengelig-

het på veiledere og veilederkompetanse er påpekt som et annet utsatt område. Det er ønskelig at legen under spesialisering og veileder arbeider i samme virksomhet. I mindre virksomheter vil dette ikke være mulig. Samarbeid mellom virksomheter kan løse dette, og det bør inngås forpliktende avtaler. For å lykkes med omleggingen av spesialistutdanningen, er det avgjørende at kommuner og andre utdanningsvirksomheter er sitt ansvar bevisst og bidrar på systemnivå. Legeforeningen er fortsatt tiltenkt en aktiv rolle i gjennomføring av læringsaktiviteter som kurs og veiledet utdanningsprogram i samfunnsmedisin.

Alderssammensetningen blant samfunnsmedisinere tilsier at det vil være behov for nye leger med samfunnsmedisinsk kompetanse i tiden framover. Så vel kommuner som andre instanser, etterspør i økende grad samfunnsmedisinsk kompetanse i sine stillingsutlysninger. Den positive utviklingen som har vært i spesialistutdanningen siden 2010, må videreføres og trekkes inn i arbeidet med utviklingen av ny spesialistutdanning.

Litteratur

1. Nylenna M. *Samfunn + medisin = Samfunnsmedisin? En rapport om samfunnsmedisinens muligheter og problemer i Norge*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2004.
2. Mørland H. Samfunnsmedisin som legespesialitet. *Michael* 2016; 13: 142-5.
3. *Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger (spesialistforskriften)*. Lovdata FOR-2016-12-08-1482.
4. *Spesialistforskriften*, Vedlegg 2, Læringsmål i samfunnsmedisin, SAM001-SAM045

Henning Mørland
henning.morland@gmail.com
Norsk samfunnsmedisinsk forening
Legeforeningen
Postboks 1152
0107 Oslo

Studentundervisning i samfunnsmedisin ved NTNU

Michael 2018; 15: 315–22.

Studentundervisning i samfunnsmedisin er viktig og utfordrende, og undervisningen ved de ulike universitetene har både fellesnevnerne og særtrekk. Målet med denne kronikken er å gjøre rede for hvordan undervisningen i samfunnsmedisin foregår ved NTNU, og gi en særlig innføring i organiseringen av og erfaringene med de samfunnsmedisinske oppgavene og undervisningen i trygdemedisin.

Samfunnsmedisin er et bredt fag, kjennetegnet av en bredere tilnærming til helse hvor forebygging, gruppeperspektiv og systemtenkning står sentralt (1). Gjennom profesjonsstudiet i medisin læres studentene opp til å kunne ta gode kliniske beslutninger. Selv om samfunnsmedisinske aspekter i noen grad blir berørt, er det differensialdiagnostikk som opptar de fleste studentene mest. Ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU) kommer den samfunnsmedisinske terminen i sjettede studieår som det som tidligere student Knut Mork Skagen så fint kalte «en forstyrrelse, i positiv forstand» (2). Oppmerksomheten flyttes fra enkeltindividets symptomer, diagnoser og behandling til et større blikk på sammenhenger og spørsmålet om hvorfor denne pasienten fikk denne tilstanden på dette tidspunktet.

Samfunnsmedisin kan oppleves som et diffust fag sammenlignet med tidligere sykehuspraksis, og dette kan frustrere studentene. Samtidig kan det samfunnsmedisinske semesteret få rykte på seg for å være et enkelt semester, der det er lett å bestå eksamen fordi det kreves mindre konkret fagkunnskap. I min tid som student var dette det semesteret hvor man kunne strikke under forelesingene. Likevel gir studentene totalt sett gode tilbakemeldinger på undervisningen i det samfunnsmedisinske semesteret, i tråd med det Knut Mork Skagen skriver i sin kronikk i *Michael* (2).

Undervisningen ved NTNU

Rammene

Profesjonsstudiet i medisin ved NTNU er bygget på prinsippet om spiral-læring. Som hovedregel tar studentene en integrert eksamen på slutten av hvert studieår, og ulike tema blir berørt flere ganger på ulike stadier i studiet. Hovedvekten av undervisningen i samfunnsmedisin er likevel lagt til høsten i sjette studieår, samme semester som studentene gjennomfører seks ukers praksis i kommunehelsetjenesten. Det samfunnsmedisinske semesteret er i hovedsak viet klinisk allmennmedisin, arbeidsmedisin og anvendt samfunnsmedisin. I løpet av semesteret skal studentene bli i stand til å bruke kunnskaper om kommunikasjon, epidemiologi og klinisk beslutningslære i kliniske situasjoner.

Praktisk gjennomføring

Semesteret starter med to uker felles undervisning. Deretter blir kullet delt i to, slik at halvparten av studentene har praksistjeneste, mens de resterende har undervisning ved universitetet. All undervisning i løpet av disse seks ukene blir dermed gitt to ganger. Denne organiseringen er i hovedsak praktisk begrunnet, da det er begrenset kapasitet på praksiskontorer. Den innebærer samtidig at mye av undervisningen blir gitt til et mindre kull, med større muligheter for studentaktivisering også under plenumsforelesninger. Det innebærer også at noen av studentene får teoriundervisning først og praksis etterpå, mens rekkefølgen blir motsatt for andre. Undervisning som er vesentlig å ha fått før praksistjenesten må derfor prioriteres i starten av semesteret.

Undervisningen er delt inn med ulike uketema gjennom semesteret. En oversikt over de ulike ukene finnes i tabell 1. Hver uke har sin ukeansvarlige som har stor innflytelse på hvilken undervisning som skal gis i den aktuelle uken. De ukeansvarlige benytter seg i ulik grad av denne muligheten til å definere læringsutbyttet. I tillegg har årsleder et overordnet ansvar for semesteret, og undervisningsenhetslederne har et overordnet ansvar for undervisningen i sitt fag gjennom hele studiet.

I den grad det lar seg gjennomføre praktisk, er undervisningen lagt opp med en fast ukestruktur. Mandager, tirsdager og torsdager er forelesingsdager, onsdager er i hovedsak studiedag, mens det på fredager er en klinikkforelesning og en dobbeltime om spesielle tematiske og metodologiske utfordringer i medisin, kalt *ukens tema*. Det overordnede målet med ukens tema er å øve studentene i kunnskapshåndtering og kritisk tenkning og lesning. Dette inkluderer å innhente og vurdere kunnskap i møte med aktuelle problemstillinger i arbeidet som lege, og å gi dem mengdetrening i lesing og vurdering av forsknings- og fagartikler. Som regel får studentene

Tabell 1. Oversikt over uketemaer og organisering av semesteret. Felles undervisning er markert med grå farge.

Uke	Kullhalvdel 1	Kullhalvdel 2
34	Allmenn- og samfunnsmedisin	
35	Samfunns- og trygdemedisin	
36	Miljømedisin	Praksis i kommunehelsetjenesten
37	Arbeidsmedisin	Praksis i kommunehelsetjenesten
38	Eldreomsorg	Praksis i kommunehelsetjenesten
39	Sosialmedisin	Praksis i kommunehelsetjenesten
40	Allmennmedisinske utfordringer	Praksis i kommunehelsetjenesten
41	Helsefremmende/forebyggende	Praksis i kommunehelsetjenesten
42	Praksis i kommunehelsetjenesten	Helsefremmende/forebyggende
43	Praksis i kommunehelsetjenesten	Miljømedisin
44	Praksis i kommunehelsetjenesten	Arbeidsmedisin
45	Praksis i kommunehelsetjenesten	Sosialmedisin
46	Praksis i kommunehelsetjenesten	Allmennmedisinske utfordringer
47	Praksis i kommunehelsetjenesten	Eldreomsorg
48	Helsetjenestens organisering og finansiering	
49	Samfunnsmedisin	
50/51	Eksamen	

utdelt vitenskapelige artikler som de skal lese kritisk. Dette gjenspeiler seg også i at de hvert år får en kortsvarsoppgave ved eksamen hvor de skal svare på spørsmål relatert til en artikkel de har fått utdelt to dager på forhånd. Andre ganger kan ukens tema brukes til diskusjon av lovverk med utgangspunkt i kliniske kasuistikker eller diskusjon om viktige faglige dilemma og terminologi knyttet til å begrepsfeste og analysere disse.

Undervisningen ved universitetet er fortsatt i stor grad forelesingsbasert, men også innenfor rammene av forelesinger blir det lagt opp til diskusjoner om kasuistikker og bruk av omvendt klasserom. *Omvendt klasserom* er en undervisningsform hvor studentene skal forberede seg ved for eksempel å lese seg opp på et tema ved hjelp av kilder som foreleser henviser dem til, for deretter å bruke undervisningstiden på både individuell og gruppebasert arbeid med spørsmål og kasuistikker. Dette veksler med plenumsgjennomgang og innspill fra foreleser, og foreleser kan bruke studentenes respons til å prioritere avklaring av de temaene som er mest uklare.

Praksis i kommunehelsetjenesten

Under praksisperioden skal en dag i uken settes av til samfunnsmedisinsk eller offentlig legearbeid, og studentene oppfordres til å delta på helsestasjon,

i skolehelsetjeneste og på sykehjem. Det legges likevel bare løse føringer på gjennomføringen av utplasseringsperioden fra universitetets side, slik at studenter og praksisveiledere har stort spillerom i fordelingen av lærings-tiden.

Samfunnsmedisinske oppgaver

I løpet av den perioden hvor studentene er utplassert i kommunehelsetjenesten, skal de også skrive samfunnsmedisinske oppgaver. Slike oppgaver har vært gjennomført ved NTNU i mer enn ti år, men formen har endret seg underveis. For rundt ti år siden skrev studentene bare én oppgave, og de stod ganske fritt til å velge tema i samråd med sine praksisveiledere. Oppgavene hadde form av et lite forskningsprosjekt, der studentene samlet inn data, gjorde enkle analyser av disse og skrev en rapport. På slutten av semesteret presenterte de disse oppgavene for resten av kullet. Den vitenskapelige kvaliteten ble likevel lite tilfredsstillende innenfor de tidsrammene studentene hadde til rådighet.

Etter hvert gikk man over til at studentene skulle skrive oppgaver om oppgitte tema, og at formen på oppgavene skulle tilpasses formatet av kommunale saksframlegg. Oppgavene skal altså struktureres med bakgrunnsinformasjon om problemstillingen og kommunens myndighetsområde, en saksutredning med beskrivelse og vurdering av nåsituasjonen, samt forslag til konkrete tiltak som bør gjøres lokalt. Mens man i starten brukte referanse-lister som ved vitenskapelige artikler, skal det nå vises til grunnlagsdokumenter, og studentene blir bedt om å innhente informasjon gjennom samtaler med personer som innehar nøkkelroller lokalt hvor de er utplassert. Besvarelsen skal være mellom 1000 og 1500 ord, noe lenger dersom to studenter skriver sammen. Oppgavene blir lest og vurdert av et større antall personer med stilling ved Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie.

Hvert semester blir det gitt til sammen fire ulike oppgaver, hvorav de to kullhalvdelene besvarer to oppgaver hver. Oppgavene dekker sentrale samfunnsmedisinske tema og oppgavene revideres årlig slik at studentene får oppgaver som er særlig knyttet til dagsaktuelle temaer. En oversikt over oppgaver som har vært gitt de siste årene, finnes i tabell 2. De samfunnsmedisinske oppgavene er obligatorisk for å få gå opp til eksamen på slutten av semesteret. Alle de fire oppgavene blir presentert for hele kullet før utplasseringen, og på slutten av semesteret blir noen gode besvarelser valgt ut til presentasjon for medstudentene. Slik blir i alt fire temaer belyst gjennom arbeidet med de samfunnsmedisinske oppgavene hvert semester, og temaer som har vært behandlet gjennom de samfunnsmedisinske oppgavene kan også bli spurt om til eksamen.

Tabell 2. Samfunnsmedisinske oppgaver ved NTNU fra 2012-2018. I 2012 skrev studentene tre oppgaver hver, fra 2013 har de skrevet to oppgaver hver.

Oppgavetekst	
2018	1. Samarbeid og rutiner i oppfølgingen av legemiddelbehandling av pasienter i hjemme-tjenesten 2. Organisering og gjennomføring av skolehelsetjenesten i kommunen 3. Hvordan brukes pleie og omsorgs-meldinger i samhandlingen mellom fastleger og hjemmetjenesten? 4. Samhandling mellom NAV og fastleger om sykefraværs-oppfølging i «min» kommune.
2017	1. System og rutiner for oppfølging av legemidler i sykehjem 2. Organisering av folkehelsearbeidet i kommunen 3. Kommunens arbeid med bedre ernæring blant barn og unge 4. Samhandling mellom NAV og fastleger om sykefraværs-oppfølging i «min» kommune
2016	1. Kommunale helse- og omsorgstjenester til personer med demens 2. Helsetjenester for asylsøkere og flyktninger med midlertidig opphold eller bosatt i kommunen 3. Samarbeid på tvers om tjenester til hjemmeboende brukere med store og sammensatte behov 4. Samhandling mellom NAV og fastleger om sykefraværs-oppfølging i «min» kommune
2015	1. Samhandling ved anvendelse og bruk av elektronisk meldingsutveksling 2. Utsatte barn og unge i kommunehelsetjenesten 3. Samhandling mellom NAV og fastleger om sykefraværs-oppfølging i «min» kommune 4. Allmennlegen og psykisk utviklingshemmede
2014	1. Hvordan er oppfølgingen av legemiddelbruk for hjemmetjenestepasienter? 2. Hvordan har kommunene tilpasset seg ordningen med generell kommunal medfinansie-ring av sykehusbehandling og hva vil de gjøre når ordningen bortfaller fra 1/1-2015? 3. Samhandling mellom NAV og fastleger om sykefraværs-oppfølging i «min» kommune 4. Hvilke tilbud om rehabilitering finnes i det kommunen og hvordan er det organisert?
2013	1. System og rutiner for oppfølging av legemidler i sykehjem 2. Folkehelseiltak mot fall og skader blant eldre i kommunen 3. Samhandling mellom NAV og fastleger om sykefraværs-oppfølging 4. Etablering av kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud
2012	1. Samhandling mellom NAV og fastleger om sykefraværs-oppfølging i «min» kommune 2. Hvordan har kommunen forberedt seg på å iverksette tiltak når noen av kommunens innbyggere blir utsatt for en alvorlig ulykke eller en annen alvorlig traumatisk hendelse et helt annet sted enn i egen kommune? 3. Helsetjenester til utsatte grupper 4. Helsefremmende og forebyggende arbeid 5. Hvordan har kommunen løst utfordringene knyttet til mottak av utskrivningsklare pasienter? 6. Miljørettet helsevern, smittevern og kommuneepidemiologi

Mange studenter er innstilt på å få så mye klinisk erfaring som mulig i løpet av praksisperioden. Det er derfor ikke alltid like populært å måtte sette av tid til å arbeide med de samfunnsmedisinske oppgavene. På den andre siden aktiviserer man studentene når de må sette seg inn i et tema ved å snakke med lokale aktører og skrive et saksframlegg med konkrete forslag til tiltak. Arbeidet vil samtidig kunne gi studentene en mer konkret forståelse av det som ellers av og til kan oppleves som et diffust fag. At man har valgt kommunale saksframlegg som sjanger gir også læring i seg selv. Dette er første gang i studiet at studentene blir presentert for denne sjangeren. Antallet oppgaver som må leveres, har variert over tid. Fortsatt ønsker flere studenter å redusere antallet oppgaver til én per semester, men oppfatningene blant studentene er også delte på dette området.

Gjennom de samfunnsmedisinske oppgavene blir studentene utfordret til å snakke med andre aktører innen kommunen eller helsetjenesten lokalt. De beste besvarelsene viser tydelig at studentene har klart å ta et bredere perspektiv og har forstått hvordan samhandlingen mellom de ulike aktørene foregår. Det kan imidlertid oppleves vanskelig for studentene å få til intervju-avtaler med de aktuelle kildene, særlig for de oppgavene hvor det ikke er tilstrekkelig å snakke med praksisveileder eller hjemmesykepleie. Hvert studentkull blir derfor oppfordret til å ta kontakt med de riktige instanser så tidlig som mulig for å gjøre avtaler. Det er også viktig at studentene viser oppriktig interesse i samtalen med andre aktører. For øvrig oppfordres studentene til å presentere oppgavene sine lokalt, og i noen tilfeller kommer studentene med nyttige innspill og forslag til forbedringer som kan gjennomføres med relativt enkle midler. De konkrete forslagene til tiltak er likevel den vanskeligste delen av oppgaven.

Oppgavene vurderes av et stort antall tilsatte ved Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie. Slik leser hver tilsatt gjennom et mindre antall oppgaver, og det har vært noen utfordringer knyttet til å sikre at oppgavene blir lest og vurdert, og at studentene får tilbakemeldinger ut over godkjent/ikke godkjent. Mange vitenskapelig ansatte har lite samfunnsmedisinsk erfaring, og slik fungerer oppgavene delvis også som opplæring av de ansatte, noe som nødvendigvis også gjør at oppgavene ikke blir vurdert av eksperter på de aktuelle områdene. I overgangen til kommunale saksframlegg som format, tok det også noe tid å lære opp hele evalueringskorpsen i denne sjangeren. Det store antallet som vurderer oppgavene, gjør at man ikke er sikret likeverdig vurdering, da noen rett og slett stiller høyere krav enn andre.

Trygdemedisin

Undervisningen i trygdemedisin er lagt til starten av semesteret, slik at alle studentene har fått denne undervisningen før de går ut i praksistjenesten. Gjennom godt samarbeid mellom universitetet og NAV, med stort engasjement i begge organisasjoner, har man de siste årene gjennomført prosjektet «Styrking av nærhet til praksisfeltet i undervisningen i trygdemedisin». Som tittelen tilsier, har målet vært å øke nærheten mellom undervisningen og praksisfeltet gjennom å invitere NAV inn i undervisningen og studentene ut i NAV. Prosjektet har også fått midler til nytenkende undervisning fra Fakultet for medisin og helsevitenskap. Dette prosjektet er nå i avslutningsfasen, og resultater fra prosjektet vil bli presentert på en internasjonal konferanse i høst (Eumasskongressen i Maastricht).

I undervisningen vektlegges legens rolle i velferdsstaten, både som sakkyndig for NAV og som behandlende lege som gir råd om arbeid og helse. Fagansvarlig har invitert et knippe fagpersoner fra NAV regionalt, fastleger, Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet til å delta. De ulike aktørene kan da utfylle hverandres perspektiver og studentene gir svært gode tilbakemeldinger til dette seminaret. I undervisningen i trygdemedisin blir det lagt vekt på studentaktiviserende metoder som diskusjon av kasuistikker, quiz og gruppebaserte oppgaver. Studentene har blant annet blitt utfordret på hvilke råd de ville gitt myndighetene ved utforming av policy. Dette engasjerte, og inntrykket var at studentene fikk en forståelse av hvordan dagens velferdsordninger stadig endres, og hvordan de som leger har en rolle i form av å gi tilbakemelding til myndighetene.

Som ledd i samarbeidet med NAV arrangeres det praksisdager ved NAV-kontor i og nær Trondheim. Her møter studentene i grupper, og får diskutere enkeltsaker med vekt på legens rolle ved sykefravær, arbeidsavklaringspenger og uføresøknader. Studentene blir presentert for de lokale NAV-kontorene, hvilke yrkesgrupper som jobber der, hvilke oppgaver de utfører og hvordan ulike parter samhandler, og også hva som kjennetegner befolkningen som det aktuelle NAV-kontoret betjener. Ikke minst får de en forståelse for hvordan fastlegens erklæringer blir brukt i NAV systemet og får selv prøve seg i rollen som veileder eller rådgivende lege.

Det har vært gitt kortsvarsoppgaver i trygdemedisin ved alle eksamener i samfunnsmedisin de senere årene. Studentene har i flere år blitt bedt om å vurdere hvilke elementer av funksjonsvurderinger man har opplysninger om, hva som mangler, og hvor man kan innhente slike opplysninger. At liknende oppgaver har vært brukt flere år, gjør naturligvis at studentene er forberedt på at temaet kan dukke opp, på den andre siden viser besvarelsene

at de fleste studentene har blitt i stand til å levere funksjonsvurderinger på høyde med de beste vurderingene NAV mottar fra fastleger.

Veien videre

NTNU er nå i ferd med å innføre profesjonalitet, vitenskapelighet og forebygging som langsgående tråder gjennom profesjonsstudiet i medisin. Alle disse elementene har lenge vært integrert i det samfunnsmedisinske semesteret, men gjennomgangen i forbindelse med innføringen av trådene kan likevel gi en bevisstgjøring av hvordan disse temaene blir berørt i undervisningen. Det er også stor oppmerksomhet rundt bruk av studentaktiviserende læringsaktiviteter ved Fakultet for medisin og helsevitenskap. Disse prinsippene blir nå aktivt brukt i undervisningen i trygdemedisin ved NTNU, hvor prosjektet for praksisnær undervisning har bidratt til å legge et godt grunnlag for fremtiden. De samfunnsmedisinske oppgavene aktiviserer også studentene, og vil videreføres. I andre deler av undervisningen kan det være større potensial for å øke studentaktiviseringen. Den samfunnsmedisinske terminen ved NTNU får hovedsakelig gode tilbakemeldinger, men det jobbes kontinuerlig med kvalitetsforbedring.

Litteratur

1. Nylenna M, Larsen Ø. Hva er samfunnsmedisin. *Michael* 2016; 13:79-85.
2. Skagen K. Studentundervisningen i samfunnsmedisin: Vennligst forstyr. *Michael* 2016; 13:152-6.

Jeg takker Karen Walseth Hara, Aslak Steinsbekk og Steinar Westin for nyttige innspill under arbeidet med kronikken. Jeg takker også Marit Moseng, Anders Grimsmo og andre ansatte ved Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie som tidligere har formulert og strukturert informasjon til studenter i semesterhåndbøker og på Blackboard.

*Gunnhild Åberge Vie
gunnhild.vie@ntnu.no
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU)*

Felles læringsutbyttebeskrivelser for samfunnsmedisinsk undervisning for medisinstudenter

Michael 2018; 15: 323–7.

De siste årene har det blitt satt i gang flere initiativ for å samordne de helsefaglige utdanningene i Norge, inkludert medisinstudiene. Miljøene som er ansvarlig for undervisning i samfunnsmedisinske fag ved de fire medisinstudiene har systematisk sammenliknet læringsutbyttebeskrivelsene sine og har samlet seg om en felles liste med utbyttebeskrivelser. Listen vil bli svært nyttig når det skal lages oppgaver i samfunnsmedisin for nasjonal deleksamen fra 2019. Dessuten kan leger som er utdannet i utlandet bruke listen til å identifisere tema de bør sette seg inn i for å fungere godt innenfor den norske helsetjenesten.

Undervisningsfaget samfunnsmedisin: mange fag, to spesialiteter, ett perspektiv

Spørsmålet «Hva er samfunnsmedisin» har vært en gjenganger i akademia i over 100 år. Og det har blitt stadig vanskeligere å besvare. Så lenge faget hygiene eksisterte hadde det en funksjon som et akademisk fundament for praktisk samfunnsmedisin, altså for det ansvarsområdet helseråd og distriktsleger skulle ha. Som en konsekvens av akademisk og forvaltningsmessig spesialisering klarte ikke universitetsmiljøene å beholde denne posisjonen. Ved universitetene oppstod det flere spesialiserte fag ved siden av hygiene – epidemiologi, forebyggende medisin, sosialmedisin, arbeidsmedisin, og etter hvert også trygdemedisin, internasjonal helse, helseøkonomi, medisinsk antropologi/sosiologi og medisinsk historie. Som et resultat av rasjonaliseringsprosesser ved de ulike universitetene ble de fleste av disse fagene rundt forrige århundreskiftet slått sammen til ett undervisningsfag: Samfunnsmedisin. (Det er imidlertid et par unntak: kunnskapshåndtering, ledelse og kvalitetsforbedring er et eget fag i Oslo, mens epidemiologi er et eget fag i

¹ Begge forfattere har bidratt like mye til denne artikkelen.

Bergen). Undervisningsfaget burde egentlig hete samfunnsmedisinske fag, på samme måte som det heter kirurgiske fag og medisinske fag fordi det består av flere fag, og det rommer på de fleste fakulteter også to legespesialiteter: arbeidsmedisin og samfunnsmedisin.

Grunnen til at mange stadig har gått sammen for å forsøke å bli enige om hva samfunnsmedisin er, er at alle disse fagene og de to spesialitetene deler et *perspektiv*: et ønske om å vurdere sammenhengene mellom samfunn og helse, enten det dreier seg om å se på helse i et befolkningsperspektiv eller å ta med samfunnet inn på legekontoret/sykehuset i sosialmedisinen eller arbeidsmedisinen.

Nasjonal eksamen

Til forskjell fra mange andre høyinntektsland, har det tradisjonelt vært lite nasjonal samordning av grunnutdanningene i medisin i Norge og andre skandinaviske land. Det har vært opp til den enkelte institusjon både å bestemme innhold og målsetninger (som nå blir omtalt som læringsutbyttebeskrivelser), og å teste om studentene har lært det som blir forventet av dem. I land som Storbritannia, Sveits, Nederland, Tyskland, Frankrike, Australia, og USA må studentene derimot bestå en nasjonal eksamen for å få autorisasjon etter fullført studium.

Siden 2014 har det imidlertid blitt satt i gang flere initiativ for få samordne de fire medisinstudiene i Norge. Det er vedtatt at alle medisinstudenter i Norge fra 2018 må ta en nasjonal deleksamen som kan brukes til å sammenlikne resultatene til studentene fra de ulike studiestedene for å kvalitetssikre undervisningsoppleggene (1). Samtidig med dette har Kunnskapsdepartementet satt i gang RETHOS-prosjektet (Retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene) for å lage førende nasjonale retningslinjer for grunnutdanningene i helse- og sosialfag for å sikre relevansen og kvaliteten av undervisningen (2). Parallelt til disse prosessene har det også foregått arbeid for å samordne undervisningen i enkeltfag. Innenfor de samfunnsmedisinske fagene har det vært en lang tradisjon for å diskutere hva som skal undervises og miljøene har samarbeidet om felles lærebøker (3-5). Siden 2015 har fagmiljøene som har ansvar for den samfunnsmedisinske undervisningen ved landets fire medisinstudier hatt årlige nasjonale møter for å diskutere undervisningsinnhold og læremateriell. Det har vært et ønske om mer samordning av læringsutbyttebeskrivelser for å sikre at medisinstudentene som uteksamineres fra de fire universitetene har oppnådd noenlunde samme kunnskaper og ferdigheter i samfunnsmedisin.

Fra læringsmål til læringsutbytter

Det nasjonale kvalifikasjonsrammeverket for livslang læring fra 2011 fastslår at alle høyere utdanningsprogram i Norge skal beskrive hva slags kvalifikasjoner ferdigutdannede kandidater har i form av læringsutyttebeskrivelser. Et læringsutbytte defineres av Kunnskapsdepartementet som «Det en person vet, kan og er i stand til å gjøre som et resultat av en læringsprosess» (6). Læringsutbyttene skal være inndelt i kunnskaper, ferdigheter og generell kompetanse. I motsetning til læringsmål, som har fokus på intensjon, har læringsutyttebeskrivelsene fokus på resultatet av læringen.

Nasjonale læringsutbytter i samfunnsmedisin

Før det nasjonale samfunnsmedisinske møtet i mai 2017, ble undervisningsledere ved de fire fakultetene bedt om å dele læringsutyttebeskrivelser (LUBer). Disse og emnebeskrivelser på fakultetenes nettsider ble gjennomgått. Alle de 374 læringsutyttebeskrivelsene ble organisert etter undertema for å få oversikt over om det var forskjeller i hva som ble forventet at medisinstudentene fra de fire studiestedene skulle lære. Innenfor tema som sosialmedisin, forebyggende medisin, helsevesenet og trygdemedisin var det små forskjeller mellom fakultetene, mens det var tydelige forskjeller i beskrivelsene av forventningene til studentene innenfor miljømedisin (der bare NTNU og UiB hadde LUBer) og medisinske historie (der bare UiO og NTNU hadde beskrevet LUBer). Alt i alt var hovedinntrykket allikevel at det var større samsvar enn vi hadde trodd på forhånd. Det ble derfor enighet på møtet om at det ville være ønskelig å oppnå konsensus rundt noen felles læringsutyttebeskrivelser i samfunnsmedisin, et slags «minste felles multiplum».

Våren 2018 gikk vi systematisk gjennom alle læringsutyttebeskrivelsene og utarbeidet forslag til felles beskrivelser. Disse ble lagt frem og diskutert på nasjonalt samfunnsmedisinsk møte i Asker i mai 2018. I etterkant av møtet har det vært tre runder med innspill og utsendelse av reviderte versjoner.

Den endelige listen er presentert i tilslutning til denne artikkelen (7). Den følger kvalifikasjonsrammeverkets inndeling i kunnskaper, ferdigheter og generell kompetanse. Etter en del diskusjon ble det bestemt at listen ikke skulle ordnes etter undertema eller fag fordi det er ønskelig å vektlegge overordnede perspektiv og unngå fragmentering.

Diskusjon

Kvalifikasjonsrammeverkets krav om å etablere læringsutbytter i stedet for læringsmål har vært et krav mange av oss har strittet i mot: For flere av oss var det å skulle formulere et «utbytte» en måte å mekanisere læring på: studentene var da ikke maskiner som vi skulle putte noe inn i og forvente

at det kom ut et fiktet ferdig «produkt» på den andre siden. Imidlertid har vi erfart at læringsutbytteformuleringene har virket disiplinerende. Vi har måttet tydelig formulere hva vi vil at studentene skal sitte igjen med av kunnskap og ferdigheter etter endt studium, og det har vært med på å tvinge oss til å tenke gjennom hva det er vi faktisk ønsker med undervisningen vår. Utfordringen for mange av oss som underviser medisinstudenter i samfunnsmedisin er at studentene oppfatter faget som vagt og utydelig. De blir gjennom studiet formet til å forvente at spørsmål alltid har et klart svar; som enten er galt eller riktig. De blir forvirret av å få undervisning der det viktigste ikke alltid er å komme frem til riktig svar, men å kunne trekke vekslers på kunnskap i en drøfting mellom like gyldige alternativer. Det å formulere læringsutbytter har gjort at vi har tydeliggjort både ovenfor oss selv og studentene hva det er vi ønsker de skal sitte igjen med.

Vi mener at samfunnsmedisin er et viktigere undervisningsfag enn noen sinne. Det er ikke mange studenter i hvert kull som kommer til å bli samfunnsmedisinere, selv om vi håper at andelen er økende. Men alle studenter bør gjenkjenne samfunnsmedisinske dilemmaer i et gitt helseproblem, og alle burde kunne komme med konstruktive innspill til helsetjenestens organisering, bare for å nevne noen av temaene de lærer om i samfunnsmedisin. Samhandlingsreformen, eldrebølgen og et stadig mer komplekst helsevesen krever leger som kjenner strukturen i helsevesenet og velferdsstaten og kan tenke både tverrfaglig og helhetlig. Vi som utdanner norske leger mener det er bekymringsfullt at en stadig større del av de nyutdannede legene ikke har denne kunnskapen fordi de er utdannet i utlandet. Vårt håp er at nasjonale læringsutbyttebeskrivelser kan være til hjelp for dem som er utdannet ute og ønsker å tilegne seg den kunnskap som er nødvendig for å kunne fylle de oppgavene man har som lege i Norge.

Tatt i betraktning at de fire ulike miljøene hadde gått gjennom prosessen med å formulere læringsutbytter hver for seg, var det tilfredsstillende at det var såpass stor overenstemmelse i de opprinnelige læringsutbytterne. Det viste seg å være langt enklere å bli enige om noen nasjonale utbytter enn å bli enige om det gamle spørsmålet om hva samfunnsmedisin egentlig er. Samtidig anser vi listen over læringsutbyttebeskrivelser som et levende dokument; det kan og bør endres i tråd med videre diskusjoner blant de fire lærestedene. Det er ikke meningen at alle studiestedene nødvendigvis skal ta i bruke alle de samme formuleringene som konsensusdokumentet inneholder. Men alle fagmiljøene vil forhåpentligvis bruke listen til å kalibrere at de ikke har lagt seg på et helt annet ambisjonsnivå enn de andre, og til å sjekke at viktige delområder ikke mangler. For Bergens del gjorde prosessen at vi oppdaget at det i forbindelse med omleggingen til ny studieplan,

Medisin 2015, (der den samfunnsmedisinske undervisningen har blitt fordelt ut over flere semestre) holdt på å oppstå noen hull som vi har fått rettet opp i, f.eks. i undervisningen i medisinsk historie.

Det er ikke nødvendigvis slik at alle læringsutbyttene som dette dokumentet inneholder skal undervises i undervisningsfaget samfunnsmedisin. Noen av læringsutbyttene vil undervises av andre undervisningsfag ved de ulike lærestedene. Men ved å inkludere alle disse læringsutbyttene i denne listen, erkjenner de som representerer undervisningsfaget samfunnsmedisin at de har et ansvar for å forsikre seg om at de blir dekket enten av samfunnsmedisin eller andre fag (i form av undervisning eller anbefalt lesestoff) slik at man kan forvente at studentene lærer dette uansett hvor i Norge de studerer. De felles læringsutyttebeskrivelsene vil sannsynligvis gjøre det lettere å bli enige om hva som kan vurderes i nasjonal eksamen når samfunnsmedisin inkluderes fra 2019.

Litteratur

1. *Mot en nasjonal eksamen for legestudenter i Norge*. Nominasjon til Kunnskapsdepartementets Utdanningskvalitetspris for 2017. <https://www.nokut.no/siteassets/utdanningskvalitetsprisen/2017/nasjonal-delvekseamen-i-medisin-fra-uio-m-vedlegg.pdf>
2. Kunnskapsdepartementet. *RETHOS Bakgrunn* 2018 <https://www.regjeringen.no/no/tema/utdanning/hoyere-utdanning/utvikling-av-nasjonale-retningslinjer-for-helse-og-sosialfagutdanningene/id2569499/>
3. Mæland JG, Fugelli P, Høyer G, Westin S. *Sosialmedisin: i teori og praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk; 2004.
4. Mæland JG, Haug K, Høyer G, Krokstad S. *Sosialmedisin*. Oslo: Gyldendal akademisk; 2011.
5. Larsen Ø, Alvik A, Hagestad K et al. red. *Samfunnsmedisin*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2008.
6. Kunnskapsdepartementet. *Kvalifikasjonsrammeverket for høyere utdanning*. 2014.
7. Lie AHK, Sandøy IF. Nasjonale læringsutyttebeskrivelser i samfunnsmedisin. *Michael* 2018; 15: 328-34.

Anne Helene Kveim Lie
Institutt for helse og samfunn,
Universitetet i Oslo
a.h.k.lie@medisin.uio.no

Ingvild Fossgard Sandøy
Institutt for global helse og samfunnsmedisin
Universitetet i Bergen
ingvild.sandoy@uib.no

Nasjonale læringsutbyttebeskrivelser i samfunnsmedisin

Michael 2018; 15: 328–34.

Listen inneholder de nasjonale læringsutbyttebeskrivelsene i samfunnsmedisin som representanter for fagmiljøene ved de fire norske medisinske fakultetene er enige om pr. september 2018.

Kunnskaper

- Beskrive historiske utviklingstrekk og nåværende mønstre i sykdomsforekomst og sykdomsbyrde nasjonalt og globalt, samt redegjøre for hvilke utfordringer slik mønstre skaper for helsetjenesten i dag
- Beskrive sammenhenger mellom global sykdomsbyrde og sosiale ulikheter, klimaendringer og politiske forhold
- Redegjøre for levekårsutvikling i Norge, de viktigste teorier om årsaker til og kjennetegn ved sosial ulikhet i helse i befolkningen, samt hvordan slik ulikhet måles
- Redegjøre for hvordan biologiske og psykososiale forhold under svangerskap og oppvekst har betydning for senere fysisk og psykisk helse.
- Redegjøre for omfang og forebygging av smittsomme og ikke-smittsomme sykdommer som forårsaker alvorlig sykелighet og dødelighet hos barn og mødre i lav- og mellominntektsland
- Beskrive hvordan vold, terror og tortur, krig og våpen kan påvirke folkehelsen og de viktigste folkerettslige prinsippene som beskytter helsepersonell og sivile i freds- og krigstid
- Redegjøre for dagens migrasjonstrender og identifisere spesielle helsebehov i flyktning- og migrantpopulasjonen, inkludert de som skyldes traumer og brudd på menneskerettigheter, og foreslå relevante tiltak

¹ Begge forfattere har bidratt like mye til denne artikkelen.

- Redegjøre for helsetjenestens grunnleggende verdier og normer, oppbygning og organisering, oppgaver, finansiering og samhandling, inkludert helseforvaltningen, spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten og øvrige aktører/tjenester involvert i helsefremming og forebygging
- Redegjøre for noen hovedlinjer ved helsetjenestens historiske utvikling med særlig vekt på forholdet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten og drøfte hvordan denne utviklingen har preget dagens organisering av helsevesenet
- Diskutere oppgaver og organisering av helse- og omsorgstjenester til utsatte grupper, som f.eks. innvandrere og asylsøkere, personer med psykisk utviklingshemming, pasienter med psykiske helseplager og pasienter med rusproblemer.
- Redegjøre for sosial- og helsemessig beredskap, inklusive organisering av prehospital akuttmedisin og legevakt
- Redegjøre for prinsipper for smittevern, viktige smitteverntiltak og legers smittevernoppgaver, inkludert slik de er definert i smittevernloven
- Kjenne til sentrale helseregistre, redegjøre for melderutiner og diskutere nytteverdien av slike registre opp mot hensyn til personvern og enkelt-individets integritet
- Redegjøre for kommuneoverlegens viktigste oppgaver i henhold til helse- og omsorgstjenesteloven, folkehelseloven, smittevernloven og forvaltningsloven
- Beskrive prinsipielt kompetanseområdene til ulike grupper av helsepersonell, og diskutere prinsipper for tverrfaglig samarbeid
- Redegjøre for prinsippene og lovgrunnlaget for samarbeid og arbeidsdeling innad i primærhelsetjenesten, med det øvrige helsevesenet og med andre kommunale etater
- Redegjøre for sentrale lovfestede rettigheter for pasient og pårørende ifølge pasient- og brukerrettighetsloven, herunder retten til nødvendig helsehjelp, retten til informasjon, medvirkning og samtykke, innsynsrett og klagerett.
- Redegjøre for sentrale lovfestede plikter for helsepersonell ifølge helsepersonelloven, herunder kravet om forsvarlighet, journalføring og taushetsplikt.
- Ha kjennskap til de viktigste lovene som regulerer folkehelsearbeidet og kommuners, fylkeskommuners og statens plikt til å medvirke til folkehelsearbeidet
- Forklare de prinsipper som gjelder for forsvarlig håndtering av drikkevann og næringsmidler, spillvann og ulike typer avfall, og redegjøre for den offentlige forvaltning av disse områdene.

- Redegjøre for begrepene salutogenese, årsak, risiko og helsedeterminanter.
- Redegjøre for det teoretiske grunnlaget for og de prinsipielle forskjellene mellom helsefremmende arbeid, forebyggende helsearbeid og folkehelsearbeid og sammenhengene mellom disse tilnærmingene
- Beskrive innholdet i helsestasjonsvirksomheten (inkl. skolehelsetjenesten og vaksinasjonsprogrammene) i grove trekk, og diskutere den rolle disse spiller for helsetilstanden i befolkningen
- Redegjøre for prinsipper for og utfordringer ved screeningsprogrammer for ulike sykdommer
- Redegjøre for utviklingen av medisinsk teori og praksis over tid og drøfte hvordan slik kunnskap har betydning for medisinske vurderinger i dag
- Redegjøre for dagens arbeids- og velferdsforvaltning, samt for betydningen av velferdsstatens fremvekst for legers yrkesutøvelse, herunder trygdeordningenes og sosialytelsenes historiske utvikling
- Redegjøre for sammenhenger mellom arbeid og helse, hvordan man kan forebygge arbeids- og miljørelaterte helseplager og kjenne til helse- og velferdstjenestenes viktigste arbeidsrettede virkemidler.
- Redegjøre for arbeidsmiljøloven og det helsefremmende arbeidet som skjer i bedrifter
- Redegjøre for de vanligste samfunnsmedisinske metoder og forskningsdesign
- Redegjøre for mål på forekomst av sykdom, mål på assosiasjoner og hva som menes med effektmodifikasjon/interaksjon og confounding.

Ferdigheter

- Gjenkjenne og drøfte et gitt helseproblem i et samfunnsmedisinsk perspektiv
- Diskutere hvordan demografiske forhold og endringer, samfunnsutvikling og sykdomsforekomst påvirker hverandre i et historisk, nasjonalt og globalt perspektiv
- Drøfte hvordan arbeidsliv og miljø påvirker helse og livskvalitet for enkeltpersoner, grupper og befolkningen som helhet
- Drøfte politikkenes betydning for helse og sykdom, og gi eksempler på hvordan sosiale, økonomiske og politiske prosesser har formet medisinsk kunnskap over tid
- Drøfte forskjellene mellom individrettet og befolkningsrettet tilnærming til sykdom og helse, og redegjøre for legers og andre aktørers roller og ansvar innenfor begge tilnærmingene

- Identifisere folkehelseutfordringer og -ressurser i en befolkningsgruppe, drøfte valg av ulike strategier og metodiske tilnærminger innen helsefremmende og forebyggende arbeid relatert til disse, planlegge relevante folkehelseiltak og drøfte fordeler, ulemper og etiske aspekter ved tiltakene
- Foreslå og drøfte relevante tiltak for å utjevne sosiale ulikheter i helse
- Diskutere hva slags forebyggende virkemidler som er relevante ut fra ulike lands sykdomsbyrde
- Drøfte hvordan endringer i befolkningens alderssammensetning og sosiale forhold påvirker helsetjenesten
- Diskutere noen hovedutfordringer for helsetjenesten i fattige land, og spesielle utfordringer for helsetjenesten i katastrofesituasjoner
- Drøfte rett til helsehjelp med utgangspunkt i etiske og juridiske begreper
- Drøfte kriteriene for forsvarlig tjenesteyting
- Drøfte hvordan oppbygning, organisering og finansiering av helsetjenester påvirker helsesituasjonen i befolkninga, helsevesenets tjenestetilbud og bruk av helsetjenester
- Drøfte hvordan finansierings-, -betalingsmekanismer og økonomisk evaluering kan brukes som styringsredskap i helsetjenesten og fordeler og ulemper knyttet til dem
- Drøfte hensiktsmessige modeller for pasientforløp, samarbeid og samhandling innenfor primærhelsetjenesten (ulike personellkategorier) og på tvers av forvaltningsnivåene, herunder hvordan IKT kan benyttes for å sikre gode pasientløp
- Drøfte forskjeller mellom og etiske utfordringer knyttet til legens rolle som sakkyndig, behandler og forvalter av velferdsgoder.
- Drøfte hvordan leger kan bidra til å realisere målsettinger som brukerperspektiv og brukervedvirkning på individ- og systemnivå, og kunne drøfte dilemmaer som kan oppstå mellom brukervedvirkning og medisinsk forsvarlig behandling
- Samarbeide med bruker, øvrige helsepersonell og andre aktører i NAV og andre tverrfaglige fora
- Drøfte bruk av komplementær medisin med pasienter på bakgrunn av kunnskap om hvordan dette brukes i befolkningen.
- Identifisere samfunnsmedisinske oppgaver i primærhelsetjenesten og foreslå mulige tiltak for å løse dem
- Drøfte gjennom eksempler hva som ligger i begrepene medikalisering, overdiagnostikk og overbehandling, og kunne sette i verk tiltak for å begrense disse fenomenene

- Drøfte begrepene sykdomsopplevelse (illness), sykdom (disease), sykerolle (sickness), helse, normalitet og livskvalitet/trivsel (wellbeing) med utgangspunkt i relevant teori
- Drøfte gjennom historiske og samtidige eksempler hvordan kultur har innflytelse på helseforståelse, sykdomsoppfatning og helseatferd (inkludert valg av behandling)
- Drøfte hva som kjennetegner kulturell sensitiv praksis på individ- og befolkningsnivå
- Anvende tolk på en profesjonell måte og vite når tolk er indisert
- Drøfte hvordan marginalisering, stigmatisering og diskriminering påvirker både helse og helseatferd, samt hvordan helsepersonell kan bidra både til å forsterke og minimalisere dem
- Vurdere samtykkekompetanse og når det foreligger hjemmel for bruk av tvang hos pasienter
- Foreslå populasjonsrettede forebyggende tiltak mot rusrelaterte sykdommer
- Formulere og anvende en risikovurdering og -analyse og kunne samarbeide med pasienter og befolkningsgrupper i kommunikasjon om risiko
- Veilede pasienter om muligheter, rettigheter og ulemper ved aktuelle tiltak på bakgrunn av kunnskap om trygdeytelser og sosiale ytelser og de lover som regulerer tilgangen til disse
- Vurdere om det foreligger sykdom med innvirkning på funksjon/aktiviteter, og hvordan dette innvirker på mulighet for deltakelse i arbeid og utdanning.
- Kommunisere klart skriftlig (for eksempel med sykmelding og legeerklæring) og muntlig med NAV, arbeidsgiver og andre relevante aktører
- Medvirke ved utarbeidelse av individuell plan gjennom et ansvarsgruppemøte
- Ta opp en arbeids- eller miljøanamnese, vurdere om sykdommer/lidelser er arbeids- eller miljørelaterte og formidle kunnskapsbaserte råd om evt. tilrettelegging og tiltak på individuelt nivå, i arbeidsmiljøet og på samfunnsnivå
- Drøfte de viktigste forskjellene mellom juridisk og medisinsk tenkemåte, og fordeler og ulemper ved rettsliggjøring av helsetjenesten og hvordan lovgivningen og andre politiske vedtak påvirker legens medisinske arbeid
- Vurdere og formulere melding om arbeidsrelatert sykdom og skade, drøfte hvilke tiltak som bør gjøres og gi informasjon om rettigheter og plikter som følger av slik melding
- Gjenkjenne tegn på vold i nære relasjoner, redegjøre for betydningen av omsorgssvikt og fysisk og seksuell mishandling på helse, iverksette ade-

kvate forebyggende tiltak på individnivå og drøfte mulige tiltak på populasjonsnivå

- Identifisere situasjoner der melding eller varsling til offentlige etater som Fylkeslegen, barnevern, eller politi er nødvendig
- Vurdere modeller for finansiering og prioritering av helsetjenester, vurdere ressursbruk og alternativkostnader og eventuelt foreslå alternativ ressursbruk
- Drøfte de viktigste prinsippene innen helseøkonomi og ledelse i helsetjenesten (inkludert grunnleggende prinsipper for måling av innsats), og diskutere prinsipper for prioriteringer i helsevesenet
- Drøfte verdivalg i prioriteringsbeslutninger på bakgrunn av kunnskap om kriterier og prinsipper for prioritering i helsevesenet
- Analysere årsaker til sviktende kvalitet, avvik og uheldige hendelser i helsetjenesten og foreslå hvordan uønskede hendelser kan forebygges og håndteres
- Identifisere risiko knyttet til miljøforandringer som følger av menneskelig aktivitet: Fysisk (herunder radioaktiv), kjemisk og biologisk forurensning, endret økologisk balanse mellom ulike dyre-, plante- og mikroberarter, herunder problemer med mikroberesistens
- Tolke resultater i primærstudier, systematiske oversikter og metaanalyser basert på en vurdering av kvalitet og annen relevant faglig informasjon (prosedyrer, kliniske retningslinjer og oppslagsverk)
- Drøfte svakheter og styrker ved ulike studiedesign for et gitt forsknings/evalueringsprosjekt, beskrive helsetilstanden i en befolkning og faktorer som påvirker denne med bakgrunn i statistiske og epidemiologiske metoder, drøfte feilkilder ved effektestimater (informasjonsproblemer, seleksjonsproblemer, confounding)
- Vurdere om det er riktig å gjøre en viss test/undersøkelse basert på epidemiologiske betraktninger

Generell kompetanse

- Fremme likeverd og ha respekt for mangfold i sin yrkesutøvelse
- Tilpasse språk og fremtreden til hver enkelt pasient ut fra bl.a. alder, kjønn og sosiokulturelle bakgrunn.
- Reflektere over hva som kan anses som likeverdige og rettferdige helsetjenester
- Reflektere over legens samfunnsansvar, samt legens rolle som pasientbehandler, helsefremmer, omsorgsperson, folkeopplyser, forvalter av velferdsgoder, forkjemper for utjevning av sosiale ulikheter i helse og koordinator av helsetjenester

- Reflektere kritisk rundt bruk av velferdsytelser ved sykdom og vanskelige livssituasjoner på både individ- og samfunnsnivå
- Reflektere over medias rolle i helsefremming, forebygging og helsetjenestens prioritering.

Anne Helene Kveim Lie
Institutt for helse og samfunn,
Universitetet i Oslo
a.h.k.lie@medisin.uio.no

Ingvild Fossgard Sandøy
Institutt for global helse og samfunnsmedisin
Universitetet i Bergen
ingvild.sandoy@uib.no

Møte om samfunnsmedisinsk undervisning i Norge – Sem, Asker, 28.–29. mai 2018

Michael 2018; 15: 335–46.

23 universitetslærere fra de samfunnsmedisinske miljøene ved de medisinske fakultetene i Bergen, Oslo, Tromsø og Trondheim møttes på Sem i Asker 28.–29. mai 2018. Dette var det fjerde i rekken av årlige møter der formålet var å samarbeide nasjonalt for å utveksle erfaring og samordne tema knyttet til lege-studiets læringsutbytte, lærebøker, pensum, eksamensordning, nasjonale delprøver m.v. Ved møtet i Asker 2018 var det et faglig program som belyste premisser og utfordringer for samfunnsmedisinsk undervisning, eksamen i samfunns-medisinske fag og samfunnsmedisinsk arbeid framover. På basis av et forhånds-utarbeidet dokument drøftet man seg dessuten fram til et felles utkast til nasjo-nale læringsutbyttebeskrivelser. Dette ble gjenstand for ytterligere kommentarer i tiden etter møtet, og ble sendt på høring til alle miljøene 14.6.2018 med frist for innsending av felles uttalelse 1.7.2018, med intensjon om å bli stadfestet som bindende.

Bakgrunn

I 2015 var det blitt mer og mer klart at de vanlig brukte lærebøkene i samfunnsmedisin og sosialmedisin i Norge både begynte å bli utsolgt og trengte oppdatering. Samtidig foregikk en del revisjonsarbeid vedrørende studieplanene, og enkelte lærere valgte å bruke artikler, kompendier og nettressurser istedenfor lærebøker. Det hadde dessuten vist seg at norske studenter som hadde medisinsk utdanning fra utlandet, og utenlandske leger som skulle avlegge prøve for å bli autorisert i Norge, manglet en oversikt over hva som var forventet av dem innenfor de samfunnsmedisinske fagene. Samfunnsmedisinmiljøet i Trondheim v/ professor Steinar Krokstad tok derfor initiativ til å innby lærere fra de andre fakultetene for å drøfte saken. Hvordan skulle problemet angripes?

Ved *møtet i Trondheim 20. mai 2015* (1) delte man erfaringer og planer, gikk gjennom hva som fantes og ble brukt av trykt lærestoff og drøftet hvorvidt det var aktuelt å utarbeide felles lærestoff. Man ble enige om å tenke på saken et års tid, og samlet seg derfor igjen til *møte på Kongsvoll* (2) 30.–31. mai 2016. Samfunnsmedisinens stilling ved de fire fakultetene siden sist ble drøftet, og man fant at det var aktuelt både med samordning om felles læringsmål og å forsøker å få til en felles lærebok.

Neste møte ble etter invitasjon fra Bergensmiljøet avholdt på *Solstrand* 29.–30. mai 2017 (3). Her drøftet man felles læringsmål helt konkret, blant annet på grunnlag av en liste over læringsmål ved fakultetene, utarbeidet av professor Ingvild Sandøy (UiB). Det var også enighet om at en felles lærebok ville være fordelaktig å ha, og professor Magne Nylenna tok på seg ansvaret for å se på et slikt prosjekt.

Man ble også enige om å konkretisere planene for samordning og lærestoff nærmere på et fjerde møte, avholdt på *Sem, Asker* 28.–29. mai 2018 etter invitasjon fra miljøet i Oslo v/professor Gunnar Tellnes.

Samfunnsmedisin på Sem

Til møtet forelå et detaljert og variert program. (Deltakerliste er vedlegg 1.)

Dessuten var det på forhånd mailet ut en omfattende liste over forslag til felles læringsmål. Denne bygde på Ingvild Fossgard Sandøys liste fra Solstrand, men var nå utvidet og oppdatert av Anne Kveim Lie (UiO) og Ingvild Fossgard Sandøy, og ble tatt opp til diskusjon.

Nasjonalt møte i samfunnsmedisin Sem Gjestegård og «Verkstedet» i Asker 28.–29. mai 2018

Man 28 mai. Sted: Sem Gjestegård

- Kl 10:30 Ankomst og registrering.
Presentasjonsrunde – Praktiske opplysninger – Referent?
- Kl 11:00 I. DAGENS UTFORDRINGER – HVA ER FREMTIDENS LØSNINGER?
- Hvorfor og hvordan satse på folkehelse i Asker?
Lene Conradi, ordfører
- Kl 11:30 Helsefremming og salutogenese har en plass i samfunnsmedisinen.
Geir Arild Espnes, NTNU

- Kl 12:00 Lunch og evt. turdialog ved Semsvannet
- Kl 13:00 II. UNDERVISNING, LÆRINGSMÅL OG EKSAMEN
I SAMFUNNSMEDISINSKE FAG
- Harmonisering av læringsutbytte for undervisningen i samfunnsmedisinske fag
Anne Kveim Lie, UiO og Ingvild Sandøy, UiB
– Kommentarer
- Kl 14:00 Beinstrekk
- Kl 14:15 Orientering om «Nasjonale delprøver i medisinstudiet».
Jan Frich, UiO
- Kl 14:30 Diskusjon for hele bolk II.
- Kl 15:15 Beinstrekk
- III. KAN LÆREBØKER BIDRA TIL UTVIKLING
AV SAMFUNNSMEDISINSKE FAG?
- 15:30 Hvordan få helsefremmende og salutogene perspektiv inn i fremtidens
lærebøker?
WHO og EUPHA vektlegger nå «Sustaining resilient and healthy
communities»
Gunnar Tellnes, UiO
- Kl 15:45 Hva med perspektiver som faller ut?
Øivind Larsen, UiO
- Kl 16:00 Hva er status for ny lærebok i samfunnsmedisin?
Magne Nylenna, UiO/FHI
- Kl 16:15 Hva er status ny lærebok i «sosialmedisin og arbeidsrettet rehabilitering»?
Steinar Krokstad, NTNU/HUNT
- Kl 16:30 Hva er status for læreboken «Veileder i trygdemedisin»?
Karen W. Hara, NTNU
- Kl 16:45 Beinstrekk
- Kl 17:00 Kommentarer og diskusjon. Lærebokspørsmålet fortsetter tirs 29.mai.
- Kl 17:30 Avslutning og turdialog ved Semsvannet
- Kl 19:00 Middag

Tirs 29 mai. Sted: «Verkstedet» ved www.nakuhel.no – senteret på Sem

IV. SPESIALISTUTDANNING OG ARBEID-HELSE-VELFERD

- Kl 08:30 Oppdatering av nytt regelverk for spesialistutdanning for leger.
Hvordan gikk det?
Henning Mørland, Norsk forening for samfunnsmedisin (NORSAM)/UiO

- Kl 08:45 Arbeidsmedisinens rolle i samfunnsmedisinsk undervisning
Erik L. Werner , UiO og Anthony Wagstaff, UiO
- Kl 09:15 Undervisningssamarbeid mellom Universitetene og NAV
Karen Walseth Hara, NTNU og Grete Damberg, Arbeids- og velferds-
direktoratet
- Kl 09:45 Beinstrekk
- Kl 10:00 Musikalske opplevelser
Soen Eng Yap, PhD
- Kl 10:15 V. KAN VI DEFINERE FELLES LÆREMIDLER I SAMFUNNSMEDISINSKE FAG?
Kunnskapshåndtering, ledelse og kvalitetsforbedring (KLOK) i legestudiet og
obligatorisk kompetanse for fremtidens legespesialister.
v/Magnus Løberg, UiO
- Kl 10:45 Beinstrekk
- Kl 11:00 Spørsmålet om lærebøker i samfunnsmedisin, sosialmedisin og trygdemedisin.
Diskusjonen fortsetter fra 28.mai
- Kl 12:00 Lunsj og turdialog ved Semsvannet
- Kl 13:00 Helsefremmende arbeid i praksis – erfaring med studenter fra UoH –sektoren.
Annette Sett Gjessing, HelseFrem.no og NaKuHel Asker
- Kl 13:15 Hvilke muligheter gir valgfrie kurs eller valgfri praksis på 6. året i legestudiet?
Mulighet for samarbeid med NaKuHel-senteret om utplassering?
Elin Olaus Rosvold, UiO (?)
- Kl 13:30 Andre aktuelle samarbeidstema
Generell diskusjon
Oppsummering
Hvor og når skal vi møtes i 2019 og hvilken type møte skal det da være?
- Kl 14:00 Mulighet for omvisning på Natur-Kultur-Helse – senteret og evt. fortsatt
turdialog
- Kl 15:00 Avreise

*Møtet omfatter tema innen samfunnsmedisin, sosialmedisin, trygdemedisin, arbeids-
medisin og folkehelse som undervises ved de medisinske fakultetene i Norge.*

*Formålet med møtet er å samarbeide nasjonalt for å utveksle erfaring og samordne tema
knyttet til legestudiets læringsutbytte, lærebøker, pensum, eksamensordning, nasjonale
delprøver, osv.*

Figur 1: Møteprogrammet

Helse i det store perspektivet

De 23 deltakerne ble ønsket velkommen av Asker kommunes ordfører Lene Conradi. Hun fortalte om hvordan Asker kommune satset tungt på folkehelse over en bred skala, fra strategisk forebygging gjennom helsevennlig stedsutvikling til rusforebygging på lokalnivå. Til belysning brukte hun elementer fra Asker kommunes *Folkehelseplan 2015-2026*. Hun minnet også om hvordan slikt helsearbeid på bred front var forankret i FN's bærekraftsmål, spesielt 3, 10 og 17.

Professor Geir Arild Espnes (NTNU) utdypet tankegangen som var presentert i ordførerens innledning ved å drøfte helsefremmende forskning og undervisning om salutogenese. Helsearbeid må ikke bare høre hjemme i helsevesenet, men også skje på nivået «over» medisinen, hvilket ofte er helsepolitikken.

Samfunnskunnskap, f. eks. om demografisk og sosial utvikling over tid, må trekkes inn. Legene må engasjeres, men også folk utenom helsefagene må ha medisinske kunnskaper.

Medisinen «eier» sykdomsterminologi og patologiforståelse, framholdt Espnes, men stilte spørsmål ved om vi har terminologi og begreper for å beskrive helse og helseutvikling i *det store*? Befatter egentlig medisinen seg



Figur 2: Ordfører Lene Conradi innledet sin omtale av helsearbeidet i Asker med et smil: Semsvannet har hjerteform... (Foto: Øivind Larsen)



Figur 3: Livlig paneldiskusjon. Fra venstre Betty Pettersen, Geir Arild Espnes, Gunnar Tellnes, Hanne Valeur og Ingvild Fossgard Sandøy. (Foto. Øivind Larsen)

i stor grad med helse *at large* – eller mest med sykdom og sykkelighet? Han minnet om prinsippene fra Ottawa-charteret (1986): Bygge helsefremmende offentlig politikk, skape støttende omgivelser, styrke kommunale tiltak, utvikle personlige ferdigheter og å reorientere helsetjenesten – altså et ressursperspektiv på helse.

Det ble en del diskusjon, og Betty Pettersen (NTNU) påpekte problemet med legerollen i dette bildet og med det ulne forholdet mellom fastlegens arbeid og folkehelsearbeid.

Harmonisering av undervisning, læringsutbytte og eksamen i samfunnsmedisinske fag

Sem-møtets tunge tema var drøftingen av samkjøring av undervisningsaktiviteten ved de fire fakultetene. Tankene om dette hadde riktignok modnet seg gjennom flere år og flere møter, men de var nå også under et ytre påtrykk gjennom RETHOS-prosjektet (Retningslinjer for helse- og sosialutdanningene), der en programgruppe for medisinstudiet er i arbeid. Karen Walseth Hara redegjorde for dette. Samkjøring vil således bli nødvendig i alle fag.

Diskusjonen av dokumentet med forslag til læringsutbytter som var lagt fram av Anne Kveim Lie og Ingvild Sandøy, ble omfattende. Problemet var å komme fram til en liste som er så detaljert at alle relevante temaer er kommet med, eller kan innpasses i formuleringene. Samtidig må listen ikke være av større omfang enn at den gir en klar profil. Den må være et «minste felles multiplum» og kunne tillate lokale varianter.

Flere av deltakerne ytret bekymring for at større områder var kommet dårlig med, f. eks. medisinsk historie, som eksisterer som et samfunnsmedisinsk fag ved alle fakultetene.

Epidemiologi var heller ikke med, noe som skyldtes at dette fagets innpassning i studiet er noe forskjellig ved fakultetene. Flere oppfattet dette som uheldig.

De mange momentene som kom fram, ble innpasset i listen etter hvert under diskusjonenes og møtets gang. Etter møtet kom det enda flere innspill, slik at et dokument med omforent innhold først forelå 14. juni 2018, altså etter møtet. Det er resultatet av forberedelser og diskusjoner så langt. Oversikten over læringsmål skal gjennom en høringsrunde og godkjenningsprosess ved fakultetene, så justeringer kan forekomme senere. Liste pr. september 2018 er presentert her (5).

Til diskusjonen og til formuleringen av fortegnelsen over læringsmål forelå det for øvrig et (udatert og usignert) notat fra Det medisinske fakultet ved UiO om hvilke *ord* man var pålagt å bruke. I et så vidt uryddig temaområde kan felles ordbruk ubetinget være nyttig, slik at man ikke snakker «fordi hverandre». Men også disse ordene kunne vært gjenstand for drøfting.

Drøftingen av læringsutbytter hang sømløst sammen med drøftingen av felles eksamensformer som var satt på neste dags program. I denne bolken drøftet man viktige temaer som elektronisk eksamen og andre nyere former for testing av kunnskaper og ferdigheter. *Multiple choice*-eksamen kom også opp denne gang, med denne eksamensformens fordeler og ulemper.

Anne Kveim Lie fortalte om det nye kommersielle nett-tilbudet *passmedicine.com* som er skreddersydd for at studentene skal bestå eksamen – og nettopp det. Ettersom *eksamen er sterkt styrende* for hva studentene leser, lærer seg og legger vekt på, blir hvordan man legger an eksamen og utformer eksamensoppgavene noe av det viktigste man gjør i en harmoniseringsprosess. Utarbeidelse av lærebøker og annet undervisningsmaterieell bør også rette seg etter dette.

Vedtak: Det ble enighet om å sette opp eksamensoppgaver som hovedsak ved neste års samling, som foreløpig er planlagt i Trøndelag i mai 2019.

Lærebøker for grunnutdanning og spesialistutdanning for leger og til opplæring av andre grupper

Henning Mørland, leder for Norsk forening for samfunnsmedisin (NSAM), redegjorde for den nye spesialiststrukturen og den nye spesialistutdanningen, som er regulert i en ny forskrift. Studentene blir nå autorisert og kan «slippes løs på befolkningen» ved avlagt cand. med. eksamen, mens de før måtte gjennom halvannet års turnustjeneste før de fikk autorisasjonspapiret i hånden.

Turnustjenesten er erstattet av en første obligatorisk del av spesialistutdanningen (LIS1). Første kull startet sin sykehustjeneste i denne 1.9.2017, og skal over i kommunehelsetjenesten fra 1.9.2018. Når første del er gjennomført, kan legene gå videre til de enkelte spesialitetene (LIS2 og LIS3), de første fra 1.3.2019. Sammenliknet med den gamle strukturen er alle grenspesialiteter omgjort til hovedspesialiteter.

Spesialistgodkjenningen skal bygge på at fastsatte læringsmål er oppnådd og godkjent. Det er således både en kvalitativ vurdering og kvantitative krav til gjennomført tjeneste. Alle spesialiteter har læringsmål som er hjemlet som vedlegg til spesialitetsforskriften. System og regelverk for allmennmedisin, samfunnsmedisin og arbeidsmedisin er gjort mest mulig analoge med sykehusspesialitetene.

Universitetene har ingen formell rolle eller noe formelt ansvar i spesialistutdanningen, men universitetslærere vil fortsatt være viktige som lærerkrefter.

Magnus Løberg (UiO) fortalte om KloK-faget i Oslo (Kunnskapshåndtering, leing og kvalitetsforbedring), et fag som undervises i studiets moduler 3, 7 og 8 og på mange måter supplerer samfunnsmedisinundervisningen. Noe tilsvarende finnes også i Trondheim og Tromsø.

Lærebøker ble drøftet i forbindelse med alt dette. Lærebøker bør lages slik at de kan være til nytte både i legenes grunnutdanning og i spesialistutdanningen, blant annet fordi de har definisjonsmakt over hva som hører med og hva som faller utenfor fagområdet, især hvis det til grunn for dem ligger et sett av læringsmål som det er allmenn enighet om.

Diskusjonen gikk mye på i hvilken grad man kunne klare seg med, eventuelt burde fortrekke, enklere materiale. Dette kunne være Powerpoint-utskrifter, nettsider som stadig oppdateres, opptrykte kompendier med relevante artikler etc. Ole Jacob Møllerløkken (UiB) refererte erfaringer med bruk av den elektroniske læreboka i arbeidsmedisin.

Konklusjonen på meningsutvekslingene var at det nok fortsatt var aktuelt med overgripende lærebøker, f. eks. som den læreboka i samfunnsmedisin som har vært drøftet ved de tre foregående interfakultære samlingene.



Figur 4: Sem-møtets andre dag ble holdt i «Verkstedet» på NaKuHel-senteret i Asker, Sem gjestegårds nærmeste nabo. Her orienterer Henning Mørland om spesialistutdanningen i samfunnsmedisin, med Gunnar Tellnes som tilhører i forgrunnen. (Foto: Øivind Larsen)

Det viste seg også i diskusjonen at flere av de tilstedeværende, og også andre, syslet med lærebokprosjekter innefor sine spesialområder, f. eks. trygde-medisin, sosialmedisin og medisinsk historie.

Betydningen av å ha en *referansegruppe* med deltakere fra de ulike fakul-tetene, ble understreket. For den overgripende læreboka i samfunnsmedisin som har vært drøftet på tidligere møter og som Magne Nylenna har under arbeid på Gyldendal Akademisk, ble det eksplisitt satt ned en referanse-gruppe til støtte for forfatteren. *Vedtak: Referansegruppe for Nylennas lærebok i samfunnsmedisin består av Johanne Laue (UiT), Anne Kveim Lie (UiO), Ingvild Fossgard Sandøy (UiB) og Gunnhild Åberge Vie (NTNU).*

Veien videre

I siste del av møtet ble det knyttet tettere bånd mellom fagene og møtete-det man befant seg på, nemlig NaKuHel-senteret. Annette Sett Gjessing fortalte om aktivitetene i Asker. De ulike NKuHel-aktivitetene ble drøftet og satt opp mot en utvikling der man hadde fått større behov for et sup-plement til det vanlige helsevesenet, kombinert med et behov for profesjo-nell helsefremming. Foredragsholderen arbeidet med salutogen tenkning i praksis, blant annet i samarbeid med høyskoler og universiteter, blant annet



Figur 5: Som et avbrekk i det faglige programmet og et høydepunkt på møtets annen dag var det en konsert av lege og pianistinne Soen Eng Yap, PhD. Hun hadde valgt et Chopin-program som absolutt falt i smak. (Foto: Øivind Larsen)

i undervisning på masternivå. Hennes erfaring var for øvrig at sykepleiere ofte var bedre enn leger i salutogen tenkning.

Oppsummering og oppfølging

Det lot til å være allmenn enighet om at møtet hadde vært vellykket. To viktige mål i møteserien var nå nådd, nemlig 1) *at man ønsket å harmonisere undervisningen i samfunnsmedisinske fag mellom de fire fakultetene*, og 2) *at man støttet utarbeidelse av lærestoff i henhold til dette*.

Det var enighet om å arrangere et *nytt møte i 2019*. Dette ble foreslått lagt til Trøndelag i mai 2019, og med eksamensoppgaver som et hovedtema.



Figur 6: Deltakere i møte om samfunnsmedisin på Sem28.-29. mai 2018. Fra venstre: Øivind Larsen, Ole Jacob Møllerløkken, Geir Sverre Braut, Kjell Haug, Henning Mørland, Karen Walseth Hara, Betty Pettersen, Nils Flåten, Gunhild Vie, Geir Arild Espnes, Grete Damberg, Gunnar Tellnes, Ingvild Fossgard Sandøy, Anne Kveim Lie, Steinar Krokstad, Steinar Westin, Magne Nylenna, Hanne Valeur. (Foto: Hotellresepsjonisten som trykket på knappen på Øivind Larsens kamera.)

Vedlegg 1: Deltakerliste

Geir Sverre Braut	SUS
Grete Damberg	AVD
Geir Arild Espnes	NTNU
Nils Fleten	UiT
Jan Frich	UiO
Karen Walseth Hara	NTNU/Ntmf
Kjell Haug	UiB
Steinar Krokstad	NTNU/HUNT
Øivind Larsen	UiO
Anne H.K. Lie	UiO
Magnus Løberg	UiO
Ingrid Sivesind Mehllum	STAMI
Ole Jacob Møllerløyen	UiB
Henning Mørland	NORSAM
Magne Nylenna	UiO/FHI
Øyvind Næss	UiO
Betty Pettersen	NTNU
Ingvild Fossgard Sandøy	UiB
Gunnar Tellnes	UiO
Hanne S Valeur	UiO
Gunhild Vie	NTNU
Anthony Wagstaff	UiO
Steinar Westin	NTNU

Litteratur

1. Larsen Ø. Ny giv for samfunnsmedisinsk undervisning? *Michael* 2015; 12: 306-10.
2. Westin S. Trenger vi lærebøker i samfunnsmedisin? *Michael* 2016; 14: 230-7.
3. Larsen Ø. Mot en felles samfunnsmedisin. *Michael* 2017; 14: 242-3.
4. Lie AHK, Sandøy IF. Felles læringsutbyttebeskrivelser for samfunnsmedisinsk undervisning for medisinstudenter. *Michael* 2018; 15: 323-7.
5. Lie AHK, Sandøy IF. Nasjonale læringsutbyttebeskrivelser i samfunnsmedisin. *Michael* 2018; 15: 328-34.

Øivind Larsen

Institutt for helse og samfunn

Universitetet i Oslo

oivind.larsen@medisin.uio.no

Materia medica

Medisinske og farmasøytiske bøker i Christiania Kathedralskoles Bibliothek

Michael 2018; 15: 347–59.

*Oslo katedralskoles gamle bibliotek er landets eldste, og spenner, med sine omkring 50.000 bind fra ni århundrer, over de fleste fag og emner. Ikke minst omfatter det verdifulle samlinger av eldre medisinsk og farmakologisk litteratur. Dette skyldes i stor grad bibliotekets fortid som encyklopedisk anlagt samling for Christianias innbyggere. Blant bøkene finner vi påkostede renessanseutgaver av antikkens leger, sentrale utgaver av 1500-tallets farmakologiske urtebøker, men også en rekke titler knyttet til tradisjonen fra Vesalius, med fjerdeutgaven av *De humani corporis fabrica* som høydepunkt. Etter at skolen i 2016 mottok apoteker Kjell-Erik Andersens store privatbibliotek i gave, er biblioteket også blitt en ressurs for studiet av farmasiens, og særlig farmakologiens historie. Bibliotekets gamle bøker er i dag viktige kultur- og vitenskapshistoriske kilder.*

Bibliotekets historie

Christiania Kathedralskoles Bibliothek, Oslo katedralskoles historiske boksamling, er Norges eldste bibliotek (1,2). Som den står i dag, er samlingen etablert ved en bokgave i 1663, da presten Christen Bang (1584–1678) etterlot skolen tre oppslagsverker til bruk for elevene. En av disse bøkene er bevart, og ligger som gavebrevet bestemte fremdeles fastlenket til «Christianiæ Skoles Inventarium».

Som institusjon er skolen en av landets eldste, etablert ved midten av 1100-tallet (3,4). Gjentatte bybranner medførte imidlertid at skolen måtte begynne mer eller mindre på bar bakke da den flyttet fra det gamle Oslo til det nyanlagte Christiania rundt 1630.

Christiania ble ved grunnleggelsen i 1624 Norges administrative hovedstad. Den gamle katedralskolens stilling ble styrket, skolegodset ble betydelig forøket og skolen ble bygget ut med et gymnasium og tre professorater. En av professorene fungerte *ex officio* som stadsfysikus, en ny stilling som

rasekt også gjorde det nødvendig å åpne et apotek i byen. Dessuten ble det i 1643 opprettet et trykkeri, Norges første, som støtte for skolens og domkapitlets virksomhet. Christiania skulle ikke bare være Norges administrative sentrum, men også landets lærdomssentrum. Det er i lys av dette vi må se etableringen av skolens bevarte boksamling nettopp på denne tiden.

Under den store bybrannen i 1686 brant skolehuset igjen ned. Bare Christen Bangs gresk-latinske ordbok ble reddet, og fant senere veien tilbake til biblioteket. Først i 1718 fikk skolen et varig lokale i Dronningensgate 15. I forbindelse med innvielsen av skolebygningen, som hundre år senere ble overtatt av Stortinget, skjenket den lærde rektor Jacob Rasch (1669–1737) sitt privatbibliotek til skolen, innrettet en lesesal og åpnet samlingen for publikum. Siden fulgte en rekke andre bokgaver. I et land uten sitt eget universitet ble hovedstadens katedralskole en viktig lærdomsinstitusjon. Flere av bokgavene til biblioteket på 1700-tallet kan også knyttes direkte til den såkalte universitetssaken. Giverne håpet at skolen og dens samlinger etter hvert kunne danne utgangspunkt for en norsk høyskole.

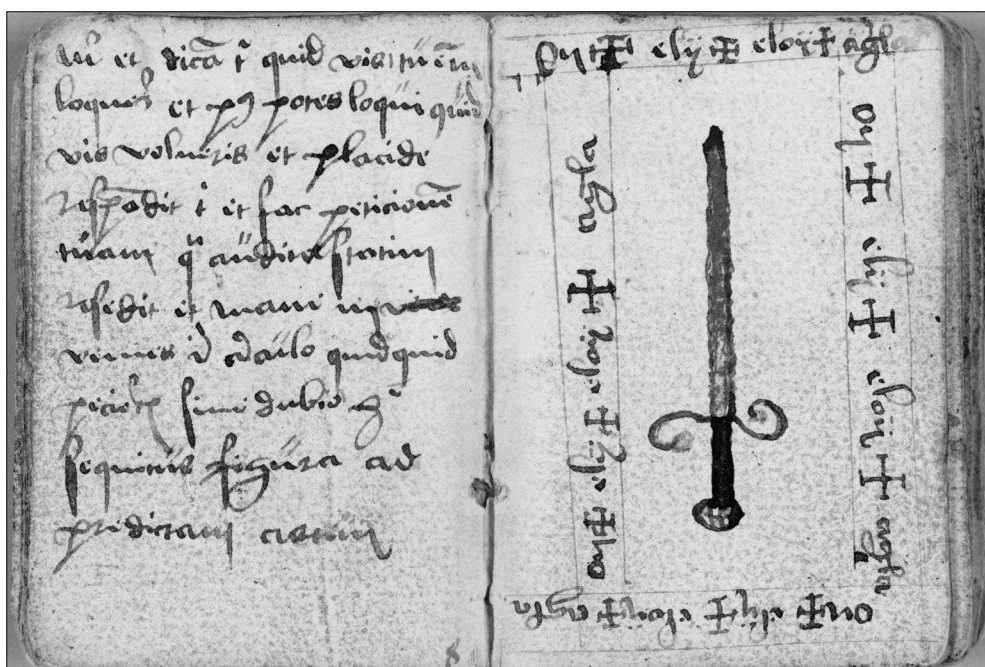
Tidlig på 1800-tallet hadde Katedralskolens bibliotek vokst til omkring 6.000 bind. I tillegg ble Deichmanske bibliotek innlemmet i boksamlingen. Dette biblioteket var blitt opprettet i 1785 som offentlig samling for byen. Det var nærliggende å samle de to institusjonene under skolens tak. Først i 1846 flyttet Deichmanske ut til egne lokaler.

I årene frem mot 1814 hadde Katedralskolens boksamling nærmest nasjonale biblioteksfunksjoner. Og i tillegg til biblioteket drev skolen byens historiske museum, naturhistoriske museum, og en periode dessuten byens offentlige botaniske hage, der det blant annet ble gjort forsøk med forskjellige medisinsplanter under den engelske blokaden. Disse offentlige funksjonene ble senere overtatt av Det kongelige Frederiks Universitet, men biblioteket ble beholdt som støtte for skolens elever og lærere.

I dag teller Christiania Kathedralskoles Bibliothek omkring 50.000 bind. Så godt som alle er registrert i en egen katalog på skolens nettsider. Her finner man middelaldermanuskripter og inkunabler, trykk fra renessansen til opplysningstiden, og helt frem til første halvdel av 1900-tallet, da samlingen opphørte å fungere som aktivt skolebibliotek.

Boksamlingen står fremdeles, som den har gjort i tre hundre år, åpen for forskere og andre interesserte. Institusjonen fungerer både som forskningsbibliotek og bokmuseum, tilknyttet Consortium of European Research Libraries (CERL) og Norges museumsforbund.

Siden biblioteket alltid har vært offentlig, er bokbestanden ikke snevert knyttet til skolefagene. Her finnes bøker på alle de store europeiske språkene og innen alle tenkelige emner. Dette gjenspeiler dels et universalistisk ideal



Figur 1: Vinjeboka fra omkring år 1500 er Norges eldste svartebok og en av våre eldste medisinhistoriske kilder. Originalen måler ca. 5x7 cm. (Foto: Nasjonalbiblioteket)

som alltid har stått sterkt ved skolen, dels at samlingen har tatt opp i seg en rekke fullstendige privatbiblioteker fra 1700-tallet, anlagt etter tilsvarende encyklopediske prinsipper. Man finner naturligvis mye eldre teologi, klassisk filologi og historie, men også betydelige samlinger av eldre naturvitenskapelig, teknologisk og ikke minst medisinsk litteratur.

Den beste oversikten over den medisinske litteraturen i den historiske samlingen får vi i rektor Carl Müllers (1818–1893) trykte katalog (Christiania, 1883) (5). Under avdelingen «Lægevidenskab og Physiologi» står det oppført omkring 130 titler, i betydelig flere bind, i tillegg til enkelte skoleprogrammer om medisinske emner. Antikkens leger, Hippokrates, Galen, Dioskorides og Theophrast, finner vi dessuten fyldig representert under avdelingen for «Philologi». Det er altså ingen spesielt stor samling, men før Universitetsbiblioteket åpnet dørene i 1815, utgjorde den, sammen med tilsvarende bøker fra Deichmanske bibliotek, summen av offentlig tilgjengelig medisinsk litteratur i Christiania.

Som vi skal se, inneholder skolebibliotekets medisinske avdeling også en rekke sjeldne, viktige og vakre bøker. Etter at skolen i 2016 overtok

Andersen-samlingen, apoteker Kjell-Erik Andersens privatbibliotek på 2.500 bind, er samlingen av eldre medisinsk og farmakologisk litteratur betydelig utvidet, slik at de i dag har stor vitenskapshistorisk verdi.

Medisinsk litteratur i skolens gamle samling

En av de mest bemerkelsesverdige bøkene i Katedralskolens bibliotek ble funnet under gulvplankene da Vinje stavkirke ble revet i 1796. Den gang var biblioteket, det viktigste syd for Trondheim, det naturlige stedet å sende inn denne typen funn. Boken, som siden har fått navnet *Vinjeboka*, er den eldste norske svarteboken og den eneste som er bevart fra katolsk tid (6). *Vinjeboka*, som er på størrelse med en fyrstikkeske, er blitt til i et prestemiljø i Telemark omkring år 1500, og er i dag oppført på UNESCOs liste over Norges dokumentarv. På de sirlig håndskrevne sidene finner vi alle slags praktiske råd, magiske formler og ritualer som kunne komme til nytte i det daglige. Her finnes formler for å avsløre tyver, vinne kvinners kjærlighet (ved hjelp av skulderbladet av padde) eller å sløve et fiendesverd. De fleste oppskriftene er imidlertid av mer medisinsk og ikke minst veterinærmedisinsk karakter; enten man behøvde en kur for rabies eller for å kurere fortryllede sauer. Sann sett er *Vinjeboka* også en av våre eldste medisinhistoriske kilder.

Langt opp i moderne tid forble antikkens store leger og deres skrifter grunnleggende for den klassiske, galeniske medisinen. Disse skriftene, som også hadde filologisk verdi, er godt representert i biblioteket. Av Hippokrates finner vi f. eks. en staselig folioutgave trykt i Frankfurt i 1595, innbundet i et samtidig helbind av blinddekorert svineskinn over tunge, avfasede eikepermer. En rekke på ni tykke foliobind i helpergament omfatter Hippokrates (460 f.Kr.- 377 f. Kr.) og Galens (ca 129–ca 200) samlede *Opera*, utgitt i Paris i 1679, redigert av Henrik 4.s lege René Chartier (1572–1654). Theofrast (ca. 377–287 f. Kr.) er representert, ikke minst ved Heinsius' utgave, slik den utkom i Leiden i 1613.

Den siste av antikkens store leger, Dioskorides (ca. 40- ca. 90), finner vi representert ved en tekstutgave i folio fra 1597. Boken er innbundet i et påkostet speilbind fra første halvdel av 1700-tallet, utført av mesterbokbinderen Johann Boppenhausen (1666–1740) for den store boksamleren Niels Foss (1670–1751), med dennes bokeiermerke i gull på ryggen.

Dioskorides' tekst har på den ene siden gitt opphav til farmakopeene, på den andre til renessansens urtebøker, som mer eller mindre direkte bygget videre på hans *De materia medica*. Skolens gamle samling inneholder en rekke slike famakologisk-medisinske urtebøker, fra Hieronymus Bocks (1498–1554) vakkert illustrerte *Kreuterbuch* i utgaven fra 1556, til Simon

Paullis (1603–1680) *Flora danica* eller *dansk Urtebog* fra 1648. Vi finner Adam Lonitzers (1528–1586) fantasifulle *Kreuterbuch* både i utgaven fra 1593, med den opprinnelige koloreringen, og i en utgave fra så sent som 1770, ubeskåret i den opprinnelige kartonasjen. Også Jacobus Theodorus Tabernæmontanus' (1525–1590) urtebok står på hyllen, i Bauhin-familiens utvidede trebindsutgave fra 1664. Med sine standardiserte beskrivelser og stilsikre planteillustrasjoner i tresnitt var disse bøkene med på å danne et sikkert og enhetlig grunnlag for studiet av planter i Europa. De la sånn sett fundamentet både for den moderne botanikken og for utviklingen av apotekerkunsten.

Med få unntak er disse urtebøkene lærde verker i stort format. Et eksempel på en illustrert *håndbok* i urtemedisin finner vi derimot i et kolorert eksemplar av Walter Hermann Ryffs (1500–1548) *Handbuchlein* i utgaven fra 1607. Håndboken er spesielt rettet mot fødselsleger, og har selskap på hyllen blant annet av Girolamo Mercurios (15??–1615) *La commare o raccoglitrice*, trykt i Verona i 1642. Blant den sistnevnte bokens mange tresnitt er også den første illustrasjonen av et keisersnitt. Fra Ryffs hånd kom for øvrig også en påkostet *Distillier-Buch*, som biblioteket eier i førsteutgaven fra 1545. Her finner vi ikke bare planteillustrasjoner, men fremstillinger av alle slags destillasjonsapparater, alambiker, kolber og retorter, som sammen gir et innblikk i produksjonen av sammensatte legemidler (*composita*) i renessansen.

Så lenge plantedrogene (*simplicia*) la grunnlaget for farmakologien, forble botanikken først og fremst en medisinsk støttevitenskap. Biblioteket eier betydelige samlinger av botanisk og farmakognostisk litteratur. Man kunne nevne illustrerte verker som Johannes Zorns (1731–1799) *Icones plantarum medicinalium* (Nürnberg, 1790) og William Woodvilles (1752–1805) store *Medical Botany* (London, 1790–93), illustrert av Sowerby. Sistnevnte har i sin tid tilhørt Christianias stadsfysikus dr. Johannes Müller (1758–1825).

Samlingen av Linné i samtidige utgaver fyller flere hyllemeter og omfatter blant annet en elegant innbundet rekke med førsteutgaver, en gave fra linnéeleven Bernt Anker (1746–1805) i 1799. Av norsk botanikk med medisinsk tilsnitt skiller særlig én bok seg ut: skolens tidligere elev, biskop Johan Ernst Gunnerus' (1718–1773) *Flora norvegica* (Trondheim, 1766). Eksemplaret i biblioteket er forfatterens eget. Det er spekket med hans håndskrevne tillegg og margnotater om plantefunn og samiske plantenavn, og har fulgt den botaniserende biskopen på visitasreiser til Nordland og Finnmark.

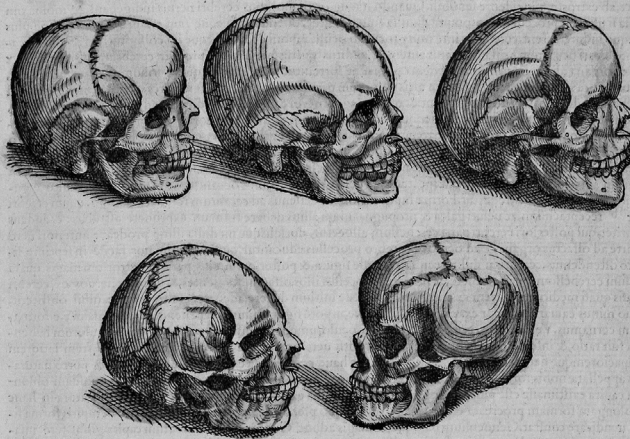
gulorum ossium historias aggregandi, ijsque à structuræ capitis ratione, & varijs eiusdem figuris initium ponere.

CAPITIS STRUCTURAE RATIO,
quotq; eiusdem figuræ. Caput v.

PRIMA FIGVRA
V. CAPITIS.

SECVND.

TERTIA.



QVARTA

QVINTA.

QVINQVE FIGVRARVM QVINTI
Capitis index.

PRIMA figura, naturalis capitis seu calvarie forma, oblongam sphaeram utrinque leuiter depressam referens, et anteriorius posterioriusque extuberans, delineatur.

Secunda, primam non naturalem capitis figuram demonstrat, in qua anterior eminentia perijt.

Tertia, secundam capitis figuram non naturalem ostendit, in qua anterior eminentia deperditur.

Quarta, tertia non naturalis capitis figura indicatur, in qua utrunq; tuber, anterior nimirum & posterior, intercidit.

Quinta, quartam non naturalem capitis figuram expressimus, in qua amba naturalis figurae eminentie ad latera, non autem antroorsum retrorsumque spectant.



HUMANVM caput, oculorum gratia efformari, cancrorum, locustarum, & quorundam que capite destituntur animalium oculos manifestò monstrare, Galenus docuit. His siquidem oculi super processus prælongos locantur, neque imi, quemadmodum os, nasus, & aures in pectore ipsis conduntur. Oculos enim alta equisfæ sede, attestantur hostium incurfus, latronumque speculatores, qui muros, montes, & altas turres eodem usui ascendent, quonauitæ nauium antennis, terram ocyus, quàm qui subfunt in nauì, conspècturi. Commemoratis igitur animalibus testacea & dura cute obtectis, integrum fuit oculos in oblongis processibus tuto reponi, quòd illi duriores erant futuri, & tunica extroforum obdaci poterant, quæ ab illorum anima ium cute prognata, simul durissima & testacea effert. Homini uerò, propter corporis substantiam, & mollem tenuemque, qua oculi inestuntur, membranam, exquiritioremque sensum, rotos oculos necessàriò molles habituro, hi prælongis processibus citra periculum apponi nequuerunt. Quando itaque in imo hominis oculos locare, non erat eorum functioni commodum, & nudis ceruicibus eos adnectere haudquaquam decebat, Natura nec oculorum usum prohiberi, neque eorundem securitatem utitari uolens, partem extruxit altam, & eleganter oculos

Caput eo
lorum gra-
tia forma-
tum.
L. 1. 8. de
Vsu pariti.

Qui natus
oculos ma-
nuerit.
B
los

Figur 2: Andreas Vesalius' De humani corporis fabrica, et av hovedverkene i anatomiens historie, her ved fjerdeutgaven (Venezia, 1568). Boken var en gave til skolen fra legen John Lie i 1828. (Foto: Ernst Bjerke)

Flere av bøkene som er nevnt så langt stammer fra en testamentarisk bokgave skolen mottok i 1820, etter sin mangeårige overlærer i naturhistorie, Martin Richard Flor (1772–1820). Flor arbeidet utrettelig for å utbre nyttig naturhistorisk kunnskap. Fra 1815 av var han sentral i etableringen av Botanisk hage på Tøyen, der han som lektor også underviste i botanikk for universitetets medisinstudenter. Hans lille botaniske drogelære er formodentlig den første norske læreboken skrevet for bruk ved medisinstudiet. Blant hans mange elever var flere sentrale medisinerere, ikke minst Frederik Holst (1791–1871), hvis licentiatavhandling *De acidi nitrici usu medico*, den første avhandlingen som ble forvart ved Universitetet, foreligger med forfatterens håndskrevne hilsen: «Bibliothecæ Scholæ cathedralis Christianensis hanc dissertationem primam, quæ in Universitate Regia Fredericana defendatur offert auctor». Også doktoravhandlingen, likeledes den første i sitt slag i Norge, finnes i samlingen.

Fra gammelt av har anatomien hatt en sentral plass i skolebiblioteket, og blant de anatomiske bøkene finnes noen av samlingens virkelige praktstykker. En av bibliotekets vakreste bøker er fjerdeutgaven av Andreas Vesalius' (1514–1564) *De humani corporis fabrica*, trykt i Venezia i 1568. Boken trenger neppe noen nærmere introduksjon; den er en av hjørnesteinene i anatomiens historie. Katedralskolens eksemplar er meget vakkert, og uvanlig, idet de kunstnerisk utførte plansjene er gjennomgående kolorert i en samtidig og meget sikker hånd. Boken har i sin tid tilhørt John Lie (1799–1882), som senere var Wergelands lege på dødsleiet, men som i sin ungdom hadde vært timelærer ved Katedralskolen. I den gamle, håndskrevne bibliotekskatalogen finner vi boken omtalt som en gave fra daværende «Studiosus John Lie» i 1828. Hvor han i sin tur kan ha kommet over den, allerede som student, vet vi dessverre ikke.

Samtidig med Vesalius var Leonardo Fioravanti (1518–1588), hvis utbredte lærebok i kirurgi – *La cirugia* – foreligger i biblioteket i en utgave fra 1582. Fioravanti er om ikke annet beryktet for å ha utført levende disseksjon av mennesker.

Fra 1600-tallet stammer en rekke sentrale titler av Caspar d.y. (1655–1738) og Thomas Bartholin (1616–1680), Caspar Bauhins (1560–1624) *Institutiones anatomicae corporis* (Basel, 1609) og Hieronymus Fabricius' (1533–1619) *Opera physica anatomica* (Padova, 1625). Med sine store kobberstikkplansjer av fosterutviklingen og blodårene er sistnevnte blant de sjeldneste og vakreste verkene innen den anatomiske illustrasjonskunsten. Da de utkom var plansjene de beste og mest detaljerte siden Vesalius en mannsalder tidligere, og illustrasjonene fikk stor betydning for Harveys senere beskrivelse av blodomløpet. Tapt er derimot skolens eksemplar av

Juan Valverde de Amuscos (1525–1588) rikt illustrerte og verdifulle *Anatome corporis humani* (Venezia, 1607), der plansjene skandaløst nok var direkte plagiert etter Vesalius. Skulle den dukke opp noe sted, er den gjenkjennelig på bibliotekets stempel (CKB.).

I tradisjonen fra Vesalius står også en av de besynderligste trykksakene i samlingen: den tyske legen Johann Remmelins (1583–1632) anatomiske utbretttsbok *Catoptrum microcosmicum*, i den første autoriserte folioutgaven fra 1619. Med sine utbrettbare kobberstikk er *Catoptrum* et forsøk på å gjengi kroppens dybde og organenes relative plassering innenfor rammene av bokens todimensjonale format. Boken er en av de tidligste, og definitivt den viktigste og mest populære i sitt slag, med opptil åtte lag i kobberstikk som lar leseren bla seg dypere og dypere ned i anatomi, som under en disseksjon. De tre plansjene viser en gravid torso, samt en mann og en kvinne i helfigur.

Om denne boken er benyttet i undervisningen ved skolen, vet vi ikke. Men da det ved overlærer Flors ansettelse i 1800 ble opprettet et undervisningstilbud i naturhistorie, stod også anatomi på timeplanen. Det er uten tvil til denne undervisningen at skolen kjøpte inn bøker som Justus Christian Loders (1753–1832) store *Anatomische Tafeln zur Beförderung der Kenntniss des menschlichen Körpers*. Boken er utgitt i to store bind, ett med tekst og ett med delvis håndkolorerte og utbrettbare kobberstikkspansjer, i Weimar mellom 1794 og 1803. Dengang utgjorde verket den viktigste og mest fullstendige fremstillingen av menneskets anatomi i trykt form.

Det er i disse bindene, og under overlærer Flors veiledning, at norske leger som Frederik Holst og Jens Johan Hjort (1798–1873) fikk sin første innføring i anatomi som elever ved Christiania katedralskole. En annen av skolens tidligere elever var medisinstudenten Henrik Wergeland (1808–1845), og i skolens store Wergeland-samling finner vi førstetrykkene av kjente dikt som «Medicinerens Kjæreste» og «Pigen paa Anatomikammeret».

Etter Flors død i 1820 ble undervisningen i naturhistorie og anatomi nedlagt. Først femti år senere ble den gjeninnført, og den nye læreren, senere konrektor Henrik Lauritz Sørensen (1842–1903), måtte bygge opp nye undervisningssamlinger. I tillegg til bøker anskaffet han en stor gruppe anatomiske modeller i håndmalt gips, levert av firmaet Bock Steger i Leipzig. Den flotteste av dem er en slags anatomisk Venus, en kvinnelig torso. Utvendig fremstår hun nærmest som en nyklassisistisk skulptur, men plukker man av forsiden, viser de indre organene seg i rike farger.

Fra samme tid stammer også skolens skjelett, med tilnavnet «Con-Rec-tor Sørensen» (oppkalt etter læreren), som har danset på mange elevfester gjennom årene, men som opprinnelig stammer fra firmaet Maison Tramond

på Rue d'École de Médecine i Paris. Forretningens etikett sitter fremdeles på hoften. Samlingen av våtpreparater – visstnok blant annet et menneske-embryo – er derimot gått tapt i årenes løp.

Andersen-samlingen

Selv om Christiania Kathedralskoles Bibliothek fra 1775 av disponerte egne, og i perioder ganske betydelige innkjøpsmidler, har samlingens vekst i stor grad vært avhengig av private bokgaver. På 1700-tallet, og med ujevne mellomrom siden, har biblioteket overtatt en rekke private boksamlinger. I 2016 fikk det sin mest verdifulle tilvekst på flere hundre år, den såkalte Andersen-samlingen, bestående av ca. 2.500 bind farmasøytisk litteratur. Samlingen dokumenterer farmasiens kulturhistorie i bred forstand, og over et halvt årtusen. Den eldste boken er trykt i 1483, den yngste i 2010, og sammen føyer Andersen-samlingens bøker et stort, nytt felt til de emnene man kan studere i biblioteket.

Andersen-samlingen er i det vesentlige brakt sammen over en tredveårsperiode av apoteker Kjell-Erik Andersen (1942–2010), en mann med såvel teft, som kunnskaper og ressurser. Bøkene er særskilt oppstilt, men tilgjengelig for forskere og andre interesserte på linje med biblioteket forøvrig. Et hundretall av de viktigste bøkene er beskrevet i den nyutkomne boken «*De lærdeste Lægers Urtegaarde*». *Trekk av farmasiens og botanikkens bokhistorie i Andersen-samlingen ved Christiania Kathedralskoles Bibliothek* (7).

Andersen-samlingen inneholder eksempler på de eldste trykte bøkene, altså på inkunabler og postinkunabler fra årene rundt 1500. Vi finner Bartholomeus Anglicus' (?–1272) *De proprietatibus rerum* (Nürnberg, 1483), med egne avdelinger om menneskekroppen, om sykdommer og medisiner, og Quiricus de Augustis' viktige farmakologiske veiledning *Lumen apothecariorum* (Venezia, 1504), begge med vakre, håndmalte initialer, i tradisjonen fra middelalderens manuskripter. Blant bøkene finner vi også en betydelig samling legebøker, med Henrik Smith (ca. 1495–1563), eller Smid, som omdreiningspunkt. Hans populære *Lægebog* foreligger i samtlige gamle utgaver, en del av dem i flere eksemplarer. Her finner vi således samlingen av de fem legebøkene fra 1557 komplett, i selskap med ett av de ytterst få komplette eksemplarene av urteboken *En skøn loestig, ny vrtegaardt* (Malmø, 1546) i et velbevart, samtidig bind.

Av andre danske legebøker finner vi Hans Christensen Bartskaers (1530–1604) *En liden Bog om alle hande Siugdom* (Slesvig, 1596), sammenbundet med forfatterens pestbok fra samme år, og Niels Mikkelsen Aalborgs (1562–1645) *Læge-Bog* og *Husholdnings Calender* (København, 1638–43). Siste del av husholdningskalenderen, *Om Roszmarien Olies synderlig Krafft*, er

muligens den første boken trykt i Norge, etter at boktrykkeren Tyge Niels-son (ca. 1610–1687) flyttet til Christiania. Fra Sverige stammer sjeldenheter som Benedictus Olais (ca. 1520–1583) *Een nyttigh läkare Book* (Stockholm, 1578) og Arvid Månssons (ca. 1590–1649) *En myckit nyttig Örta Book* (Linköping, 1637).

Også i Andersen-samlingen finner vi antikkens leger representert, til dels i staselige utgaver fra renessansen. De danner på sett og vis utgangspunktet for en stor og internasjonalt orientert samling av illustrerte urtebøker. Her finner vi blant annet urtebøker av Pietro Andrea Mattioli (1501–1577), Leonhart Fuchs (1501–1566), Bartholomäus Carrichter (1510–1567), Walter Hermann Ryff, Eucharius Rösslin d. y. (ca. 1470–1526), Adam Lonitzer, Matthias l'Obel (1538–1616), Rembert Dodoens (1517–1585), John Gerard (ca. 1545–1612) og Nicholas Culpeper (1616–1654), foruten den første svenske urteboken med illustrasjoner, Johannes Palmbergs (1640–1691) *Serta Florea Svecana* (Strängnäs, 1684).

I Andersen-samlingen finnes også en stor mengde farmakopeer, en genre som i likhet med urtebøkene vokste ut av Dioskorides' *De materia medica* på 1500-tallet. Samlingen fyller flere hyllemeter og består av flere hundre bind, fra renessansen og frem til vår egen tid. Blant mange andre titler finner vi Valerius Cordus' (1515–1544) *Dispensatorium* (1549 og 1592), Johann Zwelfers (1618–1668) iatrokjemiske *Pharmacopoea regia* (Nürnberg, 1668), Pierre-Jean Fabres (1588–1658) alkymistiske *Myrothecium spagyricum* i førsteutgaven (Toulouse, 1628) og en tidlig utgave av Wienerfarmakopeen (Wien, 1751).

De nordiske farmakopeene foreligger i nærmest komplette rekker, fra Thomas Bartholins *Dispensatorium hafniense* (København, 1658) og Johann Martin Ziervogels (1657–1701) *Pharmacopoeja holmiensis* (Stockholm, 1686) til den moderne *Pharmacopoea nordica* og *Pharmacopoeia europeae*. *Pharmacopoea svecica* finnes til og med i den supprimerte svenske oversettelsen (Linköping, 1780), som kun er bevart i et fåtall eksemplarer. I denne delen av samlingen finner vi også spennende manuskripter, oppskriftsbøker og kompendier fra 1600-, 1700- og 1800-tallet.

En annen betydelig avdeling i Andersen-samlingen består av opplysningstidens systematiske floraer og botanisk-farmakologiske plansjeer. Et høydepunkt er København-professoren Johannes Buchwalds (1658–1738) *Specimen medico-practico-botanicum* (København, 1720), en innføring i drogelære for medisinstudenter. Boken utmerker seg som et av de første eksikkatverkene, med hundrevis av innlimte preparater fra Københavns botaniske hage for tre hundre år siden. Ellers foreligger sentrale verker av Carl von Linné (1707–1778), ikke minst *Materia medica* (Stockholm, 1749),



Figur 3: Hieronymus Fabricius' *Opera physica anatomica* (Padova, 1625) regnes på grunn av de store og detaljerte anatomiske plansjene som et av de viktigste verkene i tradisjonen fra Vesalius. (Foto: Ernst Bjerke)

Henrik Tonnings (1732–1796) og Johan Ernst Gunnerus' norske floraer (København, 1773 og Trondhjem, 1766), samt de første 25 bindene av det store, påkostede kobberstikksverket *Flora danica* (København, 1761–1810).

Til kjernen i samlingen knytter det seg dessuten forskjellige *efemera*, alt fra håndskrevne brev og resepter til legemiddeletiketter og annonser, lovtrykk og lignende. Særlig viktig blant lovtrykkene er Medisinalordningen av 1672, som skapte det endelige skillet mellom legens og apotekerens profesjoner.

Dessuten utgjør Andersen-samlingen sitt eget referansebibliotek, med metervis av apotek- og farmasihistoriske verker, personalhistorie, kulturhistorie, bibliografier, kataloger og annet som setter de eldre bøkene i perspektiv og sammenheng.

Avslutning

Som bibliotek og bokmuseum gir Oslo katedralskoles historiske boksamling ikke bare tilgang til vitenskaps- og idéhistoriske originalkilder; samlingen dokumenterer samtidig sentrale sider ved byens åndsliv og intellektuelle historie gjennom flere århundrer. Mange av de bøkene som står her i dag, var tilgjengelige for Christianias befolkning for både to og tre hundre år siden. Som Christianias tidligere hovedbibliotek representerer biblioteket – sammen med Deichmanskes eldre boksamling – den litteraturen og den kunnskapen som var tilgjengelig i byen. Andersen-samlingen dokumenterer på sin side farmasiens historie i bred, kulturhistorisk forstand, som håndverk, vitenskap og folketro. Den er klart avgrenset, men innenfor sine rammer har den både bredde og dybde.

Både for skolens gamle samling og for Andersen-samlingen gjelder det at bøker ikke bare består av tekst. De er også håndverksprodukter, skapt i en bestemt form for å brukes på bestemte måter. I tillegg har enkeltbøkene sin individuelle brukshistorie, som dels kan leses i bibliotekets arkiv, dels i marginalia, eiersignaturer, bokbind og slitasje. Gunnerus' personlige eksemplar av *Flora norvegica* er et godt eksempel, og i Andersen-samlingen finner man flere steder magiske oppskrifter skrevet inn i legebøkene. Av Lonitzers urtebok finnes det eksemplarer både i skolens gamle samling og i Andersen-samlingen. Skolens eksemplar har på 1800-tallet tjent som «Dogter Bog» blant bøndene i Rakkestad, mens Andersen-samlingens eksemplar for fire hundre år siden tilhørte en lokal embedsmann på Vestlandet som fylte margene med notater i en pyntelig renessansehånd.

Enhver eldre bok inneholder på denne måten informasjon i kraft av sin materielle skikkelse, som spor av fortidig bruk. Intet eksemplar er helt likt et annet. Og disse forskjellene, og informasjonen de representerer, lar seg ikke uten videre reprodusere på en skjerm. Derfor er samlinger som Chris-

tiania Kathedralskoles Bibliothek fremdeles viktige. De gir tilgang ikke bare til tekster, som man ofte kan finne ved et tastetrykk, men til den enkelte *boken som objekt*, som individuell bruksgjenstand. Det er utenfor den trykte teksten vi finner sporene av bøkernes bruk og hverdag.

En samling som Katedralskolens, som har vokst frem for å dekke skolens og befolkningens ønsker og behov, utgjør dessuten i seg selv et vitenskaps-historisk, idéhistorisk og kulturhistorisk arkiv. Den inneholder sjeldne, gamle og vakre bøker, men viser samtidig hvordan disse bøkene har vært brukt.

Litteratur

1. Bjerke E. Christiania katedralskoles bibliotek og Deichmanske bibliotek. To opplysnings-tidsbiblioteker og deres felles skjebne. I: *Opplysning, vitenskap og nasjon*. Ruth Hemstad (red.). Oslo: Nota Bene. Nasjonalbiblioteket, 2011.
2. Bjerke E. *Christiania Kathedralskoles Bibliothek. I opplysningen og nasjonens tjeneste*. Oslo: Stiftelsen Oslo katedralskole, 2015.
3. Høigård E. *Oslo katedralskoles historie*. Oslo: Grøndahl & Søn, 1942.
4. Aas E. *Oslo katedralskoles historie 1153–1800. Skolen og tiden*. Oslo: Stiftelsen Oslo katedralskole, 2017.
5. Müller C. *Katalog over Christiania Kathedralskoles Bibliothek*. Christiania: Bentzen & Søns Bogtrykkeri, 1883.
6. Garstein O. *Vinjeboka. Den eldste svartebok frå norsk middelalder*. Oslo: Solum forlag, 1993.
7. Bjerke E. «De lærdeste Lægers Urtegaarde». *Trekk av farmasiens og botanikkens bokhistorie i Andersen-samlingen ved Christiania Kathedralskoles Bibliothek*. Oslo: Stiftelsen Oslo katedralskole, 2018.

Ernst Bjerke
samlingsforvalter PhD
Oslo Katedralskoles Bibliothek
ernst.bjerke@osloskolen.no

«De lærdeste Lægers Urtegaarde»

Michael 2018; 15: 360–2.

Ernst Bjerke:

«De lærdeste lægers urtegaarde». Trekk av farmasiens og botanikkens bokhistorie i Andersen-samlingen ved Christiania Kathedralskoles Bibliothek.

Oslo: Stiftelsen Oslo katedralskole og Bibliofilklubben, 2018

471 s.

ISBN:978-82-691267-1-6

(Boka vil kome for sal gjennom utvalde bokhandlar og antikvariat i Oslo, og vil kunne tingast gjennom Norsk farmasihistorisk museum for 380 kr. Ebok-utgåva kan lastast ned gratis om ein vendar seg til Norsk bok- og bibliotekhistorisk selskap (www.nbbs.no).)



Ernst Bjerke har doktorgrad i vitskapshistorie, og er samlingsforvaltar ved Christiania Kathedralskoles Bibliothek. Utgangspunktet for boka er ei eineståande boksamling, den såkalla Andersen-samlinga, som no er i dette biblioteket si eige.

Samlinga vart bygd opp av Kjell-Erik Andersen (1942–2010). Som Bjerke fortel, var Andersen sjølv apotekar (cand. pharm.), med ei særleg interesse for farmasihistoriske emne. Andersen vert også skildra som ein mann med «dyp kjærlegheit til boken», som mellom anna var medlem av den eksklusive Bibliofil-klubben, i selskap med dei fremste boksamlarane i landet. Kombinasjonen av desse lidenskapane, saman med god teft

og iherdig innsats gjennom meir enn tjue år, førte til at Andersen enda opp med ei boksamling bestående av om lag 2500 bind. For ein stor del var

dette farmasihistoriske verk i ulike sjangrar, frå ein periode som spenner over sju hundreår (1483–2010).

Forfattaren har valt ut 93 bøker til å representere Andersen-samlinga i denne boka. Omtalane av desse er organisert i åtte bolkar. Den fyrste tek føre seg dei fyrste trykte bøkene, deriblant det eldste verket i samlinga; ein såkalla inkunabel utgjeven i 1483 (*De proprietatibus rerum*, ein encyclopedi skriven av fransiskanarmunken Bartholomeus Anglicus). Deretter følgjer dei gamle legebøkene, deriblant fleire «urtegardar» av Henrik Smith, som mellom anna var mannen bak formuleringa «De lærdeste Lægers Urtegaarde».

Vidare kjem ein omtale av nokre klassikarutgåver frå renessansen, mellom anna ei 1530-utgåve av Galens *De compositione medicamentorum*, følgt av dei to mest omfattande bolkanne i boka: Illustrerte urtebøker og farmakopar. Nokre populærmedisinske legebøker frå opplysningstida er også representert, som til dømes *Beskrifning af Kongl. Rese-Apotheket* (von Heidenstam, 1766), samt eit fint knippe floraer og plansjeverk (til dømes *Flora Sveica* og *Systema Vegetabilium* av Carl von Linné, 1755/1784).

Den siste hovudkategorien av bøker som er omtala skil seg noko frå dei føregåande, med det at dei alle er skrivne av, eller på andre måtar knytte til éin og same person: Den danske farmasøyten og fysikaren Hans Christian Ørsted (1777–1851), som Andersen hadde ei særleg stor interesse for.

I føreordet definerer Bjerke boka som «et portrett av en boksamling». Difor er denne boka noko langt meir enn ein katalog over Andersen-samlinga. Sjølv om omtalane av dei respektive bøkene naturleg nok inneheld ein del reint «boktekniske» opplysningar, som til dømes kva trykketeknikk som er nytta, innbinding og andre fysiske trekk ved boka, får lesaren også mykje meir informasjon med på kjøpet, som set bøkene inn i ein kulturhistorisk samanheng. Til dømes får vi eit godt innblikk i kven dei ulike forfattarane var, og kva betyding dei fekk både i eiga samtid og for ettertida. I ein del tilfelle får vi òg vite litt om kven som faktisk brukte desse bøkene; både kven den tiltenkte målgruppa var, og den konkrete vandringshistoria til boka (tidlegare eigarar). Tidvis set forfattaren også nokre av dei omtala bøkene i «dialog» med kvarandre, gjennom eit lettfatteleg kryssreferanse-system, noko som ytterlegare gjer at innhaldet i boka står fram som ei samanhengande historie, meir enn som ein katalog.

Takka vere nitid katalogføring frå Andersen si side, får vi også i dei fleste tilfella vite litt om korleis han faktisk fekk tak i dei ulike bøkene – kvar han fann dei, kva dei kosta, og kor mange andre kjende eksemplar som finst (i mange tilfelle svært få), med meir. Lesaren får med dette eit interessant innblikk ikkje berre i bøkene i samlinga, men også i sjølve boksamlingsprosessen.

Nemnast må det óg at boka er rikt og vakkert illustrert med fotografi av utsnitt frå dei ulike bøkene som er portrettert. Særleg er dei mange plante-illustrasjonane i bøkene ein fryd for auget.

Boka vil vere av interesse for lesarar med interesse for farmasi- og medisinhistorie, men òg for lesarar med kjærleik til bøker og interesse for bokhistorie generelt. Det er ein sjeldan og stor skatt som har kome Christiania Kathedralskoles bibliotek til del med Andersen-samlinga, og Bjerke gjer med «De lærdeste Lægers Urtegaarde» ære på både samlinga og samlaren. All honnør til både boksamlar og samlingsportrettør!

Kristine Lillestøl
lege i spesialisering
Avdeling for medisinsk genetikk
Oslo universitetssykehus
kristine.lillestol@medisin.uio.no

Det norske medisinske Selskab 2017–2018

Michael 2018; 15; 363–6.

Ved utgangen av driftsåret 2017-2018 ultimo mai 2018 er de fleste forhold vedrørende Selskabet uendret fra forrige år, og for detaljer vises til fjorårets beretning (1).

Det som er blitt til *Det norske medisinske Selskab* (org. nr. 971480521) begynte i det små som et leseselskap for medisinske tidsskrifter i 1826. Regnet fra dette år blir perioden høsten 2017 til våren 2018 Selskabets driftsår nr. 192. *Det norske medisinske Selskab* er Norges eldste medisinsk-faglige sammenslutning med kontinuerlig virksomhet gjennom så lang tid. Da sammenslutningen etter hvert ble formalisert fra 1833 og framover, fikk den en paragraf som sier at den «*har til Formaal dens medlemmers Belærelse og videnskabelige Uddannelse*». Dette er fortsatt Selskabets klare profil fro virksomheten.

Selskabet forvalter *Dr. Alexander Malthes legat* til beste for yngre leger og *Ragnhild og August Gillums legat*. Formelt har disse legatene egne styrever, men over tid har man ved rekruttering av medlemmer til legatstyrene sørget for at Selskabets og legatenes styrever består av de samme personer.

Pr. mai 2018 hadde Selskabet ca. 225 betalende medlemmer.

Styret

For Selskabet og legatene har styret i driftsåret 2017-2018 bestått av Øivind Larsen (styreleder), Stein A. Evensen, Jan C. Frich (til utgangen av året 2017), Arvid Heiberg, Frøydis Langmark, Kristine Lillestøl og Magne Nylenna. Jan C. Frich ble etter søknad innvilget permisjon fra sitt styrever i Selskabet da han overtok en direktørstilling i Helse Sør-Øst som ikke tillot slike bindinger. Fram til årsmøtet 2018 har denne styreplassen stått vakant.

Astrid Nylenna har vært sekretær. Forretningsfører har vært Janniche Fjeldstad Jensen, Vekstra, Hadeland Regnskap AS, Gran. Styret v/ styre-

lederen og styremedlem Arvid Heiberg har samarbeidet tett med Formuesforvaltning AS v/ Mats Amundsen om Selskabets og legatenes finansielle plasseringer. Revisor er BDO, Gjøvik.

Adresse m.v.

Det norske medicinske Selskabs adresse har vært styrelederens arbeidssted, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo, boks 1130 Blindern, 0318 Oslo.

Selskabet har i driftsåret 2017-2018 hatt sine medlemsaktiviteter i Institutt for helse og samfunn, Frederik Holsts Hus, Ullevål universitetssykehus. Der disponeres auditoriet når vi har bruk for det på kveldstid, foruten noe lagerplass. Likeledes er fortsatt mye tilhørende Selskabet i Domus & Medicus i Pilestredet Park, den gamle kvinneklinikken der Selskabet tidligere hadde sine møter, malerisamling, boksamling m.v. Kontrakten der går ut i 2019.

Økonomi

Inntektene består i hovedsak av medlemmenes innbetaling av årlig kontingent kr. 450,-. Dessuten har Selskabet en del finansinntekter, kfr. regnskap som blir gjennomgått separat. Det bemerkes at regnskapene følger kalenderåret, ikke driftsåret. Det er et regnskapsmessig problem at utgifter og inntekter kommer noe ujevnt i løpet av året, slik at regnskapsavslutning ved årsskiftet ikke alltid gir et bilde som er i samsvar med situasjonen sett over tid.

Utgiftene er knyttet til medlemsmøter m.v. og til tidsskriftet *Michael* med supplementer. Det utbetales ikke styrehonorar. Sekretær og forretningsfører godtgjøres etter avtale.

Resultat og balanse for regnskapsåret 2017 ansees av styret som tilfredsstillende og som forutsatt.

Tidsskriftet Michael

er i driftsåret 2017–2018 fram til årsmøtet 12. september 2018 kommet ut med fem ordinære numre:

3/2017: *Sykdom er ikke bare sykdom,*

4/2017: *Frederik Holst – hvem var han?* (basert på innlegg ved Selskabets seminar over dette emnet 27. mars 2017)

1/2018: *Formet 1970-tallet dagens helsetjeneste?* (basert på foredrag fra seminar 12. oktober 2017 med tittelen «Helsetjenesten utenfor gjerdet: Grunnlaget for kommunehelsetjenesten ble lagt i 1970-årene» i Stiftelsen nasjonalt medisinsk museum)

2/2018: *Stedsplanlegging som samfunnsmedisin* (basert på innlegg ved boklanseringseminar i Litteraturhuset 25. januar 2018).

3/2018: *Medisinhistorisk mønstring* (i hovedsak basert på innlegg ved møte om medisinske museer i Trondheim 12.-13. april 2018).

Det er dessuten gitt ut en supplementbok:

Frich JC, Brean A, Dietrichs E (red.) *Hjernen og historien. Michael* 2018; 15: Supplement 22.

Aktuelle problemer

Som omtalt i detalj i fjorårets rapport (1, s. 234-5) må Selskabet ut av sitt tilholdssted i Domus & Medicus. Pr. mai 2018 arbeides det med å få i stand en avtale med Universitetets kunstsamlinger vedrørende maleriene. Axel Revolds store monumentalmaleri fra Lofoten er avtalt opphengt i auditoriet, Frederik Holsts Hus. Da bildet skulle hentes ultimo mai 2018, viste det seg at dette – og sannsynligvis også andre malerier – hadde fått skader under huseierens nedtagning og lagring. På tidspunktet for årsmøtet 2018 arbeides det med å få ordnet opp i denne og andre saker vedrørende malerisamlingen, samt på sikt å finne et egnet arrangement for å ta vare på den.

For boksamlingen og arkivmaterialet er det på tidspunktet for årsmøtet (12. september 2018) foreløpig ingen løsning.

Faglige medlemsaktiviteter

Møter med foredrag, avholdt i Frederik Holsts Hus, Ullevål universitetssykehus

Onsdag 13. september 2017 kl 1915, medlemsmøte:

Rune Slagstad: *Helsefeltets strategier*. 25 i auditoriet.

Onsdag 11. oktober 2017 kl 1915, medlemsmøte:

Kan vi, vil vi og tør vi endre våre gener med de nye kraftfulle metodene for genredigering?

Ole Johan Borge: *Om Bioteknologirådet*, Sigrd Bratlie: *Genredigering med CRISPR/Cas9*,

Sigrd Bratlie: *Aldring og livsforlengende behandling*. 23 i auditoriet.

Onsdag 8. november 2017 kl 1915, medlemsmøte:

Norsk drikkevann- Godt nok? Susanne Hyllestad: *Ledningsnettet i Norge – en helseisiko?* Camilla Svendsen: *Ale-studien – en svensk drikkevannsundersøkelse med konsekvenser*.

Camilla Svendsen: *Drikkevannsstudien – hvor mange blir syke av drikkevann i Norge?* 20 u auditoriet.

Onsdag 6. desember 2017 kl 1915, medlemsmøte: *Matros Trosners dagbok 1710-1714. Livet i marinen, til sjøs i Skagerrak og Østersjøen og i hovedstaden København*. Trosners dagbok er et unikt manuskript som beskriver dansk/norske sjøfolks liv på Tordenskiolds tid i detalj. Presentasjon ved Tor Jørgen Melien og Hilde Sandvik.

Etter foredragene var det sosialt samvær og bespisning i byggets kantine. 40 deltakere.

Onsdag 17. januar 2018 kl. 1915, medlemsmøte:

Karl Erik Lund: *Snus, e-sigaretter og heat-not-burn-produkter – en del av tobakksproblemet eller en del av løsningen på tobakksproblemet?* 12 i auditoriet.

Onsdag 14. februar 2018 kl. 1915, medlemsmøte:

Knut Røed: *Mot en lavere sosial mobilitet i Norge?* 14 i auditoriet.

Onsdag 14. mars 2018 kl. 1915, medlemsmøte:

Hilde Bondevik og Kristine Lillestøl: *1800-tallets «kulturdiagnoser» – nev-rasteni og hysteri*. 20 i auditoriet.

Onsdag 15. april 2018 kl. 1915, medlemsmøte:

Bjarte G. Solheim: *Gjennombrudd for syntetisk blod til bruk hos menneske?* 17 i auditoriet.

Onsdag 23. mai 2018 kl. 1915, medlemsmøte:

Spanskesyken 100 år. Svenn-Erik Mamelund: *Profilering av en pandemi. Hvem var spanskesykens ofre?* Kristine Lillestøl: *Spanskesykens neurologiske senfølger*. 23 i auditoriet.

Onsdag 12. september 2018 kl. 1915, medlemsmøte med etterfølgende utsatt årsmøte:

Sofie Dorothea Fosså: *Fri for kreft – hva er prisen?* (Om senfølger etter kreftbehandling) 21 i auditoriet.

Etter foredraget var det årsmøte, se eget referat.

Litteratur:

1. Larsen Ø. Det norske medisinske Selskab 2016-2017. *Michael* 2014; 14: 231-5.

Øivind Larsen

styreleder

oivind.larsen@medisin.uio.no

Årsmøte i Det norske medisinske Selskab 2018

Michael 2018; 15: 367–368.

Årsmøtet 2018 ble avholdt i Frederik Holsts hus etter medlemsmøtet 12. september 2018 med 19 medlemmer til stede. Årsmøtet var utsatt på grunn av forsinkede regnskaper. Det ble informert i et foreløpig årsmøte 23. mai 2018 om at regnskapene ville bli fremlagt etter sommeren.

Innkalling og ordstyrer. Innkalling var utsendt per mail og ble godkjent.

Arvid Heiberg ble valgt som ordstyrer.

Årsberetning

Årsberetningen ble presentert av Øivind Larsen. Opptrykte årsberetninger ble delt ut. Hele årsberetningen vil publiseres i tidsskriftet *Michael*, nr 4/2018.

Regnskap

Endelig regnskap ble lagt fram av Arvid Heiberg. Ren revisjonsberetning foreligger.

Selskabet: Resultatregnskap for Det norske medisinske Selskab for 2017 viste negativt driftsresultat og lavere finansinntekter enn året før. Under-skuddet var på 360 428 kr. Kapitalen er nå ca 4,25 millioner kroner.

Legatene: Det finnes i Norge 6 281 legater, median størrelse er 2,5 millioner kroner. Selskapet forvalter to legater. Styret arbeider med en utdelingsplan.

Malthes legat til beste for yngre leger hadde noe lavere finansinntekter enn året før. Overskuddet var 113 191 kr i 2017. Ikke utdelt i 2017. Kapitalen er ca 5,26 mill. kr per 31.12.2017.

Ragnhild og August Gillums legat ble heller ikke utdelt i 2017. Finansinntektene var halvparten av året før (62 759kr i 2017). Kapitalen var 2,565 mill. kroner per 31.12.2017.

Valg

Styrets mangeårige leder Øivind Larsen ønsket ikke gjenvalg som leder. Styret foreslo som ny styreleder Magne Nylenna. Valgt ved akklamasjon.

Jan Frich har gått ut av styret. Erlend Hem ble foreslått til styret. Valgt ved akklamasjon.

Stein Evensen, Arvid Heiberg, Frøydis Langmark, Kristine Lillestøl og Øivind Larsen tok gjenvalg til styret. Valgt ved akklamasjon.

Magne Nylenna fikk ordet som ny leder, takket Øivind Larsen for enorm innsats, og presenterte kort de to hovedaktivitetene i Selskabet: jevnlig fagmøter samt utgivelse av tidsskriftet *Michael* som nå har utkommet i 15 år. Han lanserte en ambisjon om økt oppmøte på fagmøtene. De frammøtte ble oppfordret til å ta med en kollega til neste møte.

Det ble stilt spørsmål ved om man må være lege for å komme på møtene. Det er ikke noe krav om dette. Møtene er åpne.

Høstens videre program for 2018 ble presentert:

10.10.18: Radiologiens for- og fremtid ved Hans Jørgen Smith,

7.11.18: Hva betyr barnetall og familiesituasjon for folks helse? ved Øystein Kravdal,

5.12.18: Funderinger rundt Knut Hamsuns sjelsliv ved Sigmund Karterud

Referent: Astrid Nylenna
astrid@dnms.no

Gåte løst



Michael 2018; 15; 369.

På side 80 i årets første *Michael*-nummer¹ ba vi om hjelp til identifikasjon av et lite, medtatt maleri som ble funnet blant Det medisinske Selskabs eiendeler. Selskabets styremedlem Erlend Hem gjenkjente imidlertid den avbildede person: Det er batterichirurg m.m. Christian August Egeberg (1809–1874). Bildet er usignert, men vi tror det er malt av Asta Nørregaard (1853–1933).

Øivind Larsen

¹ *Michael* 2018; 15: 80.

27th Nordic Medical History Congress, 22-25 May 2019

The main purpose is to bring scholars, curators, clinicians, and students within the (Nordic) history of medicine together to present and discuss new developments and experiences. A broad spectrum of topics will be presented both as keynote talks and parallel sessions:

DNA

Professor Eske Willerslev from the University of Copenhagen will talk about *DNA Use in the Mapping of Early Human Migrations*, and professor em. Jørgen Lange Thomsen from the University of Southern Denmark will talk about *DNA Use in Forensic Medicine*.

ART AND MEDICINE

PhD Eva Åhrén from the Karolinska Institute in Stockholm will talk about *Picturing Health and Sickness*, and MD PhD MSc LicSc Jan Bondeson, writer of best sellers about medical history, will talk about *Medical Curiosities in Old Picture Postcards*.

Professor em. Øivind Larsen from University of Oslo will share selected stories from **The Medical History Congresses** from 1967 to 2019.

Professor Ken Arnold from the Medical Museion in Copenhagen will moderate a panel debate about **The History of Medicine: Quo Vadis?**

Many other topics will be presented in the parallel sessions by different speakers - yourself included. Naturally, the program will also include events, excursions and a social dinner.

An excursion will go to Ny Carlsberg Glyptotek on Thursday 23 May 19:30-20:30, where PhD Rune Frederiksen, the Head of Collections, will present selected masterpieces:

Disease and Medicine in the Ancient Greek World (limited seats available).

- ABSTRACT SUBMISSION -

Participants who would like to contribute with an oral or poster presentation must submit an abstract for consideration by the Scientific Committee. Deadline: 30 November 2018.

- VENUE -

Congress will be held in **DGI-Byen (CPH Conference)**, *Tietgensgade 65, 1704 CPH V*.

- REGISTRATION -

Full Congress: **2.999 DKK**, incl. welcome reception and two full congress days.

(PhD) Students: **1.299 DKK**, incl. welcome reception and two full congress days.

One Conference Day: **1.599 DKK** (Thursday 23 May or Friday 24 May).

1x Social Dinner: **499 DKK** (Friday 24 May).

1x Excursion: **249 DKK** (Thursday 23 May to Ny Carlsberg Glyptotek or Saturday 25 May).

One must register through the dedicated Congress web site by using Billetto (see below).

- ACCOMMODATION -

Organizing Committee will prepare a list of hotels close to **DGI-Byen (CPH Conference)**.

Once registered, you will receive the hotel list by e-mail, including codes to reduced rates.

- WEB SITE -

The Congress web site will be accessible at <http://www.dmhs1917.dk/nmhc2019/>.

Updated information about the Congress will be provided in this dedicated platform.

We look forward to your participation in this hopefully exciting and inspiring event and we would love to see you as our guest in Copenhagen.

Ulrik Bak Kirk on behalf of Danish Society for the History of Medicine,
Organizing Committee President (dmhs.1917@gmail.com)

Michael

vol. 15, 2018, innhold

Hefte 1-2018: Formet 1970-tallet dagens helsetjeneste?

Leder – Ble dagens helsetjeneste formet av beslutninger på 1970-tallet?

Steinar Westin 7

«Det 20. århundre sluttet i 1970-årene»

Ole Berg 11

Norsk primærhelseteneste på 1970-talet – oppbrott, strid og ny giv

Kristian Hagestad 40

Krise i primærlegetjenesten – et førtiårsperspektiv

Ivar Sønbo Kristiansen 59

How do physicians prioritize?

Tarald Rohde 64

Bokanmeldelse – Mangt om makt og mat

Øivind Larsen 70

Aktuelt – Nytt universitetssykehus i Oslo – glimt fra en planleggingsprosess

Øivind Larsen 73

Bokanmeldelse – Konsist om Kings Bay

Øivind Larsen 78

Etterlysning – Hvem er dette?

Øivind Larsen 80

Hefte 2-2018: Stedsplanlegging som samfunnsmedisin

Leder – Stedsplanlegging er samfunnsmedisin i praksis

Magne Nylenna 87

<i>Synspunkt – Fem lærdommer om en helsefremmende by</i> <i>Peter Butenschön</i>	92
<i>Kronikk – Hvordan skape en helsefremmende by?</i> <i>Heidi Fadum</i>	95
<i>Kronikk – Planlegging for en helsefremmende by</i> <i>Kjersti Granum</i>	99
<i>Kronikk – Planlegging for helse og trivsel – hva gjør Kommunal- og moderniseringsdepartementet?</i> <i>Hilde Moe</i>	112
<i>Kronikk – Fysisk planlegging i Norge – et komplekst system</i> <i>Gunnar Ridderström</i>	120
<i>Kronikk – Ullevål – fra vikingetids gårdsanlegg til nedleggingstruet sykehus</i> <i>Rolf Kåresen</i>	124
<i>Synspunkt – Planlegging på steder som allerede er der</i> <i>Øivind Larsen</i>	140
Boklansering	154
Erratum.	154
<i>Bokanmeldelse – Niels Tønder Lund (1749–1809) – et livsløp til ettertanke</i> <i>Øivind Larsen</i>	155
<i>Hefte 3-2018: Medisinhistorisk mønstring</i>	
<i>Leder – Medisinsk historie: Vi har noe viktig å fortelle</i> <i>Øivind Larsen</i>	167
<i>Kronikk – Utviklingen av Nasjonalt Medisinsk Museum og medisinhistorisk museumsnettverk i Norge</i> <i>Ellen Lange</i>	175
<i>Oversikt – Medisinhistoriske samlinger og museer i Norge</i> <i>Ellen Lange</i>	189
<i>Rapport – Medisinhistorisk nettverksmøte i Trondheim</i> 12.–13. april 2018 <i>Redaksjonen</i>	193
<i>Kronikk – Medisinsk museum i Trondheim– for leg og lærd</i> <i>Mona Ødegården, Ivar Skjåk Nordrum</i>	195
<i>Kronikk – Utfordringer ved å lage et medisinsk historielag – eksemplet Tønsberg</i> <i>Per Evtun</i>	204

<i>Kronikk – Hvem skal forvalte det medisinske arvegods?</i> <i>Lorentz M. Irgens</i>	212
<i>Kronikk – «Gammeldoktoren» – et godt liv på Glomdalsmuseet</i> <i>Erik Arnesen</i>	221
<i>Kronikk – Hva skjer med helsearkivene i Norge?</i> <i>Svein Carstens, Lars Christian Jenssen</i>	240
<i>Kronikk – Medisinens immaterielle historie</i> <i>Magne Nylenna</i>	246
<i>Kronikk – Hvordan blogge om medisinsk historie?</i> <i>Tore Salte</i>	260
<i>Kronikk – Reformene i sentral helseforvaltning 2002 og etableringen av Helsedirektoratet</i> <i>Anne Kari Lande Hasle</i>	263
<i>Original article – The saving and rescue of wounded British soldiers from Romsdal in Norway in World War II</i> <i>Thorstein Bache Harbitz</i>	270
<i>Reisetips – Museum og virkelighet – det medisinhistoriske museet i Kiev</i> <i>Øivind Larsen</i>	289
<i>Advice – Michael – Instructions for authors</i> <i>The editors</i>	292
 <i>Hefte 4-2018: Samfunnsmedisinsk utdanning</i>	
<i>Leder – Styrket samfunnsmedisinsk samarbeid – en nasjonal dugnad</i> <i>Steinar Westin</i>	303
<i>Kronikk – Spesialistutdanning i samfunnsmedisin</i> <i>Henning Mørland</i>	308
<i>Kronikk – Studentundervisning i samfunnsmedisin ved NTNU</i> <i>Gunnhild Åberge Vie</i>	315
<i>Kronikk – Felles læringsutbyttebeskrivelser for samfunnsmedisinsk undervisning for medisinstudenter</i> <i>Anne Helene Kveim Lie, Ingvild Fossgard Sandøy</i>	323
<i>Oversikt – Nasjonale læringsutbyttebeskrivelser i samfunnsmedisin</i> <i>Anne Helene Kveim Lie, Ingvild Fossgard Sandøy</i>	328
<i>Referat – Møte om samfunnsmedisinsk undervisning i Norge – Sem, Asker, 28.–29. mai 2018</i> <i>Øivind Larsen</i>	335

<i>Kronikk – Materia medica</i>	
<i>Ernst Bjerke</i>	347
<i>Bokmelding – «De lærdeste Lægers Urtegaarde»</i>	
<i>Kristine Lillestøl</i>	360
Det norske medicinske Selskab 2017–2018	
<i>Øivind Larsen</i>	363
<i>Referat – Årsmøte i Det norske medicinske Selskab 2018</i>	
<i>Astrid Nylenna</i>	367
Gåte løst	369

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.
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

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