

Michael



Tidsskrift for samfunnsmedisin og medisinsk historie



Norsk samfunnsmedisin jubilerer



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. 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, 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. 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. 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 published by the same association – *Det norske medicinske Selskab*.



The editors

*Michael Skjelderup portrayed by
Johan Gørbitz (1782–1853)*

Michael

Publication Series of The Norwegian Medical Society

Vol. 21 / 3 / 2024

Norsk samfunnsmedisin jubilerer



Michael 2024; 21: 283–378



Tidsskriftet *Michael* redigeres etter redaktørplakaten. Alt som publiseres, representerer forfatterens synspunkter. Disse samsvarer ikke nødvendigvis med redaksjonens eller Det norske medisinske Selskaps synspunkter, med mindre dette kommer særskilt til uttrykk.



Michael er et tidsskrift med åpen tilgang (open access) som publiseres på nett samtidig med papirutgaven, og er inkludert i Directory of Open Access Journals (DOAJ). Alt innhold, både i ordinære utgaver og supplementer, publiseres under Creative Commons-lisensen [CC BY-ND 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/). Det innebærer at forfatterne har kopirettighetene og at alle kan kopiere og distribuere artikler i *Michael* i hvilket som helst medium eller format og til et hvilket som helst formål. Artiklene må gjengis uendret og med kildeangivelse. Dersom man bearbeider eller legger til noe i artikkelen, kan den endrede artikkelen ikke distribueres.



Tidsskriftet *Michael* er medlem av Committee on Publication Ethics (COPE) – www.publicationethics.org. Tidsskriftet *Michael* følger retningslinjene derfra og fra Vancouvergruppen (International Committee of Medical Journal Editors) – www.icmje.org. Tidsskriftet *Michael* er medlem av Fagpressen (www.fagpressen.no) og Tidsskriftforeningen (www.tidsskriftforeningen.no).



Enkelteksemplarer av tidsskriftet *Michael* og supplementer kan bestilles gjennom Tekstallmenningen via nettstedet <https://tekstallmenningen.no/>.



Omslagsbildet: Legestudenter fra Oslo på ekskursjon til avfallsanlegg i 2011.
(Omslagsfoto og baksidetekst: Øivind Larsen)

Det norske medisinske Selskab 2024
Postboks 1152 Sentrum
0107 Oslo

ISSN 1893-9651

Design og grafisk produksjon: Aksell AS – aksell.no, 2024

Innhold

Leder

Hva er en god veileder?

Jan Frich 289

Norsk samfunnsmedisin – akademisk fag og legespesialitet

Magne Nylenna 292

Tema

Samfunnsmedisinspesialitetens vekst og fall – og ny vekst

Anders Taraldset 298

Statlig samarbeid om samfunnsmedisinutdanning

Astrid Nylenna 303

Samfunnsmedisin – spesialitet i medvind

Tom Sundar, Henning Mørland, Aud Marie Tandberg 307

Norsk samfunnsmedisin for 200 år siden

Øivind Larsen 313

Kommunelegefunksjonen og samfunnsmedisinsk arbeid
i kommunen

Cato Innerdal 324

Artikkel

Veilederatferd og opplevd læringsutbytte ved klinisk
veiledning av medisinstudenter

*Ritika Sharma, Cathinka Thyness, Hilde Grimstad,
Odd Martin Vallersnes* 329

Brev til redaksjonen

Helsestasjonismen og andre essays – en kommentar

Ole Jacob Madsen 344

Bokanmeldelser	
Ujevnt om helseledelse <i>Jan Frich</i>	346
Nyttig om helseledelse <i>Ivan Spehar</i>	348
Salg og begeistring – om transformasjonsledelse <i>Christian Grimsgaard</i>	350
Pedagogisk og lettlest om ledelse <i>Kristine Amlie</i>	352
Praktisk og klokt om ledelse <i>Inger Lise Teig</i>	354
Sykehus og hus for syke <i>Øivind Larsen</i>	356
Livmora fortener si eiga bok <i>Mette Løkeland-Stai</i>	358
Løst og fast om hormoner <i>Trine Elisabeth Finnes</i>	360
Praktisk nyttig om klinisk utbrenthet <i>Karin Isaksson Rø</i>	362
Tidsskrifter oppstår fordi de trengs <i>Magne Nylenna</i>	364
Hva skjer?	
Amerikansk blikk på norsk folkehelse <i>Magne Nylenna</i>	366
Hvor ble det av hjerte- og karsykdommene? <i>Øivind Larsen</i>	371
Helsehistorie i Spydeberg <i>Erlend Hem</i>	374
Rettelse	
Infeksjonssykdommenes historie – verktøy og spel	378

Hva er en god veileder?

Michael 2024; 21: 289–291

doi:10.5617/michael.11654

Leger og medisinstudenter oppøver kliniske ferdigheter gjennom observasjon og veiledning, men også ved å veilede andre. Forfatterne av en artikkel i dette nummeret har studert hva slags veilederatferd som er viktig for et godt læringsutbytte, slik studenter opplever det.

Kirurg William Stewart Halsted (1852–1922) er kjent for å ha introdusert prinsippet «see one, do one, teach one» for læring av kliniske ferdigheter da han var sjef ved kirurgisk avdeling ved Johns Hopkins University Hospital (1). Det er godt dokumentert at deltakelse i et faglig fellesskap og at mester–svenn-læring er viktig for utvikling av klinisk kompetanse (2–4).

Vi vet at tilbakemeldinger og veiledning er viktig for læring, og at utvikling av klinisk kompetanse skjer i konkrete og lærings situasjoner (5). Ny teknologi skaper dessuten nye muligheter for bruk av simulering og trening av kliniske ferdigheter gjennom automatiserte tilbakemeldinger eller gjennom en kombinasjon av simulering og veiledning (6, 7).

Veiledning er et begrep som brukes i ulike sammenhenger og med ulike betydninger. Tveiten poengterer at veiledning innebærer en relasjon mellom en veileder og en som veiledes, hvor målet med veiledningen er å styrke og utvikle kompetansen til den som veiledes (8). Veiledning kan skje i én-til-én-relasjoner eller i grupper, planlagt og strukturert eller spontant og integrert.

I spesialistutdanningen for leger skiller man mellom veiledning og supervisjon. Veiledning representerer en planlagt aktivitet. Supervisjon innebærer å bistå, gi råd til og å vurdere leger i konkrete arbeidssituasjoner i den daglige virksomheten (9). Både veiledning og supervisjon krever rollebevissthet hos den som er veileder eller supervisor. Det stilles i økende grad krav til

formell kompetanse for de som har en rolle som veileder både i grunn- og spesialistutdanningen.

Hva slags veilederatferd opplever medisinstudenter som viktig for utbyttet av kliniske læringssituasjoner? Sharma og medarbeidere har interessert seg for dette spørsmålet (10). De har gjennomført en nettbasert undersøkelse med totalt 457 norske medisinstudenter ved studiesteder i Norge og i utlandet. Forfatterne har samlet data med instrumentet the Maastricht Clinical Teaching Questionnaire (MCTQ) som inneholder 14 påstander om veilederatferd (9). Flertallet av deltakerne (72 %) var studenter i fjerde til sjette studieår, og 72,6 % av deltakerne var kvinner.

Sharma og medarbeidere fant at medisinstudenter verdsatte veiledere som demonstrerte kliniske ferdigheter og profesjonalitet (var en god rollemodell), observerte studenten og ga råd og tilbakemeldinger underveis i læringssituasjonen (coaching) (10). De fant også at medisinstudentene verdsatte veiledere som bidro til å skape et trygt læringsmiljø. Undersøkelsen viser at relasjonen mellom veileder og student er betydningsfull, og at medisinstudenter lærer gjennom å observere gode rollemodeller, men også gjennom å få tilbakemeldinger på egne prestasjoner i kliniske situasjoner.

Undersøkelsen er basert på et selvselektert materiale. Vi skal derfor være forsiktige med å si at resultatene er overførbare til alle norske medisinstudenter. Funnene er ikke overraskende, men er i tråd med resultater fra tidligere kunnskap om klinisk veiledning (5). Edmondson er blant dem som har dokumentert betydningen av psykologisk trygghet for læring i organisasjoner (11). Hvis man skal utfordre seg selv, må det være lov å feile og å mislykkes. Trygghet rundt læringssituasjonen er en viktig forutsetning for læring, og veiledere har et særskilt ansvar for å legge til rette for dette.

Medisinen er et fag hvor både teoretisk kunnskap og praktiske ferdigheter er avgjørende for utvikling av legers kliniske kompetanse. Veiledning med utgangspunkt i kliniske situasjoner er et viktig element i all utdanning av leger både i medisinstudiet og i spesialist-, etter- og videreutdanning. Gode veiledere og god veiledning er avgjørende for studenter og legers opplevelse av mestring og god pasientbehandling.

Litteratur

1. Kotsis SV, Chung KC. Application of see one, do one, teach one concept in surgical training. *Plastic and Reconstructive Surgery* 2013; 131: 1194–1201. <https://doi.org/10.1097%2FPRS.0b013e318287a0b3>
2. Akre V, Ludvigsen S. Hvordan læres medisinsk praksis? En kvalitativ studie av legers oppfatning av egne læringsprosesser. *Tidsskrift for Den norske Legerforening* 1997; 117: 2751–2761.

3. Akre V, Ludvigsen SR. Profesjonslæring og kollektiv kunnskap: læringsmiljø i to norske sykehusavdelinger. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 1998; 118: 48–52.
4. Ludvigsen SR. *Læring av klinisk resonnering i medisinsk utdannings- og arbeidskontekst*. Doktoravhandling. Universitetet i Oslo, 1998. https://www.nb.no/items/URN:NBN:no-nb_digibok_2009032400068 (lest 23.7.2024)
5. Kilminster S, Cottrell D, Grant J et al. AMEE Guide No. 27: Effective educational and clinical supervision. *Medical Teacher* 2007; 29: 2–19. <https://doi.org/10.1080/01421590701210907>
6. Jakobsen RB, Gran SF, Grimsø B et al. Examining participant perceptions of an interprofessional simulation-based trauma team training for medical and nursing students. *Journal of Interprofessional Care* 2017; 32: 80–88. <https://doi.org/10.1080/13561820.2017.1376625>
7. Brown WJ, Tortorella RAW. Hybrid medical simulation – a systematic literature review. *Smart Learning Environments* 2020; 7: 16. <https://doi.org/10.1186/s40561-020-00127-6>
8. Tveiten S. *Veiledning – mer enn ord ...* 5. utg. Bergen: Fagbokforlaget, 2019.
9. Nylenna M. Veiledning eller supervisjon? *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2018; 138; doi: 10.4045/tidsskr.18.0513. <https://tidsskriftet.no/2018/08/sprakspalten/veiledning-eller-supervisjon>
10. Sharma R, Thyness C, Grimstad H, Vallersnes OM. Veilederatferd og opplevd læringsutbytte ved klinisk veiledning av medisinstudenter. *Michael* 2024; 21: 329–343.
11. Edmondson AC. *The fearless organization: creating psychological safety in the workplace for learning, innovation, and growth*. Hoboken, N.J: John Wiley & Sons, 2019.

Jan Frich
jan.frich@medisin.uio.no
Institutt for helse og samfunn
Universitetet i Oslo
Postboks 1089 Blindern
0317 Oslo

Jan Frich er professor i helseledelse ved Universitetet i Oslo og redaktør i Michael.

Norsk samfunnsmedisin – akademisk fag og legespesialitet

Michael 2024; 21: 292–297

doi:10.5617/michael.11656

Legespesialiteten samfunnsmedisin har førtiårsjubileum. Vår første professor i faget ble tilsatt for to hundre år siden. Faget er i vekst og har gradvis utviklet sin egen identitet og endret seg i tråd med samfunnets behov. Samfunnsmedisinen i kommunene er tverrsektoriell, og stadig flere samfunnsmedisinere arbeider i regionale og nasjonale institusjoner. De største utfordringene i dag er behovet for faglige møteplasser og for lite kontakt med praktiske, utøvende samfunnsmedisinere i legeutdanningen.

Det ble tvillinger! Det var forsideoppslaget i *Utposten* etter at Legeforeningens landsmøte i juni 1983 hadde vedtatt å opprette nye legespesialiteter både i allmennmedisin og i samfunnsmedisin.

Selv om arbeidet for disse spesialitetene hadde pågått lenge, kom beslutningen likevel overraskende og var kontroversiell. Forløsningsen skjedde samtidig, men forhistorien til de to spesialitetene var forskjellig, og tvillinganalogien upresis. Arvestoffet var ulikt.

Samfunnsmedisin som eget fag

Slektskapet mellom allmennmedisin og samfunnsmedisin skriver seg fra kombilegen, den norske distriktslegeordningen som ble offisielt innført i 1836 (1). I tillegg til kurative legetjenester hadde distriktslegene mange offentlige oppgaver, og de var tilsatt av staten.

I lov om utførelsen av de offentlige lægeforretninger i 1912 fikk offentlige gjøremål endatil prioritet foran «lægehjelp til befolkningen» (1). Det desentraliserte ansvaret for samfunnsmedisinsk arbeid ble videreført med kommunehelsetjenesteloven i 1984, men nå med kommunen og ikke staten som arbeidsgiver. At kommunelegefunksjonen er tverrsektoriell og at samfunnsmedisinsk kompetanse er relevant for alle tjenesteområder i kommu-

nene, ikke bare helsesektoren, er en videreføring av sunnhetslovens prinsipper fra 1860 (2, 3).

«Tvillingtilværelsen» med allmennmedisin har gitt samfunnsmedisinen både fordeler og ulemper. Fordelene har vært tilgjengeligheten og den legitimiteten pasientbehandling gir. Ulempen har vært en avgrensning til primærhelsetjenesten og en uklar fagidentitet. Kanskje forsinket det også spesialitetsgodkjenningen for begge fag (4).

Som et uttrykk for samfunnsmedisinens jakt på sin egenart er det utarbeidet mange definisjoner av faget, de fleste med utgangspunkt i «grupperettet legearbeid» (5). I utkastet til veileder for kommunelegefunksjonen er gruppeorienteringen supplert med tidsperspektivet (6) i tråd med samfunnsmedisinsk tenkemåte (7).

I praksis formes faget av de oppgaver samfunnsmedisinere utfører i sitt daglige arbeid. Som for andre spesialiteter endrer det seg over tid. På samme måte som radiologer i dag har en annen hverdag enn da spesialiteten *Røntgenundersøkelse og -behandling* ble etablert i 1918, har også samfunnsmedisinen endret seg siden 1984. For eksempel er tradisjonelle miljømedisinske oppgaver knyttet til vann, kloakk og næringsmiddelhygiene overtatt av tekniske etater og Mattilsynet. Helseøkonomi, ledelse, beredskap og kunnskapshåndtering er blitt viktigere. Spesialiteten har dessuten fått større fotfeste utover kommunalt nivå, særlig i den statlige helseforvaltningen (8).

Over tid vil nok også Helsedirektoratets krav om at «virksomheter som skal registreres for utdanning i samfunnsmedisin, må drive samfunnsmedisinsk arbeid slik at en vesentlig del av læringsmålene kan oppnås der», bidra til å definere faget (9).

Allmennmedisin ble akademisk fag først i 1968 (10). Vår første professor i hygiene, betegnelsen på legers grupperettede arbeid til etter den andre verdenskrig, ble ansatt allerede i 1824 (11). Ved de medisinske fakultetene er fagene allmenn- og samfunnsmedisin samlokalisert. Mens studentundervisningen i allmennmedisin stort sett utføres av allmennleger og er tett knyttet til yrkesutøvelsen, er situasjonen i samfunnsmedisin annerledes. Det er åpenbart behov for økonomer, statsvitere, historikere og mange andre profesjoner i den medisinske grunnutdanningen, men undervisningen ville styrkes hvis flere undervisere hadde bakgrunn fra samfunnsmedisinsk praksis, eller kombinerte samfunnsmedisinsk arbeid med en akademisk tilknytning. Det ville være utenkelig i alle andre medisinske fagfelt om ikke hovedtyngden av undervisningen ble utført av spesialister i faget.

Legespesialiteten samfunnsmedisin

Da spesialiteten ble opprettet i 1984, var den forankret i kommunehelse-tjenesten. Hovedutdanningen skulle være fire års tjeneste i primærhelsetje-nesten, «hvorav ett år i almenmedisin og tre år i kommunal legestilling med samfunnsmedisinske arbeidsoppgaver». Ett års tjeneste ved klinisk sykehusavdeling var obligatorisk sideutdanning. I tillegg krevdes «Spesialistkurs i samfunnsmedisin eller utdanning til graden Master of Public Health» (12). «Spesialistkurset» var Helsedirektoratets semesterlange kurs i offentlig helsearbeid for leger, Bygdøy-kurset, som i mange tiår var en viktig møteplass for samfunnsmedisinere (13).

Nye spesialistregler i 1993 åpnet for tellende tjeneste i samfunnsmedisin-ske stillinger utenfor kommunen og innførte et obligatorisk veilednings-program og krav om egenaktiviteter (14). I 1997 ble teorikurset, som i mel-lomtiden var flyttet til Folkehelseinstituttet, erstattet av en modulbasert utdanning med blokker på 1–2 uker (15). I 1999 ble legeloven erstattet av helsepersonelloven, og staten tok fastere grep om spesialistutdanningen (13). Fra 2011 er Helsedirektoratet ansvarlig myndighet.

I 2003 ble en plan for ny spesialistutdanning i samfunnsmedisin utar-beidet av Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling (15), og i 2006 vedtok Helse- og omsorgsdepartementet nye spesialitets-regler. Et eget utdanningsprogram med 12 faglige hovedområder beskrev kravene til kunnskap og ferdigheter (16).

En forskrift fra 2019 regulerer nå spesialistutdanningen for alle de 46 legespesialitetene (2024) (17, 18). Bortsett fra utdanningslengden er tid-ligere kvantitative krav til tjeneste og antall kurstimer erstattet med lærings-mål og læringsaktiviteter. For samfunnsmedisin er det definert 45 ulike læringsmål, og ti ulike kurs er anbefalte læringsaktiviteter. Hver lege skal ha en individuell utdanningsplan og en individuell veileder. Dessuten er gruppeveiledning gjennom tre år obligatorisk (19).

Hvordan har det gått?

Anders Taraldset viser hvordan antall spesialistgodkjenninger har variert siden 1984 (20). Det dramatiske fallet i 1999 kan delvis forklares av fast-legereformen som ledet primærleger inn i allmennmedisin. Avviklingen av de årlige kursene for offentlige leger spilte nok også en rolle. Oppsvinget ti år senere forklarer Tom Sundar og medforfattere med samhandlingsreformen og folkehelse-loven i 2012 (21). Et nytt utdanningstilbud med emnekurs i regi av Norsk samfunnsmedisinsk forening støttet opp under veksten (21).

Rundt årtusenskiftet var situasjonen for faget dystert. Etterspørselen etter samfunnsmedisinsk kompetanse var lav og rekrutteringen dårlig. Folke-

helsemeldingen i 2003 pekte på tre problemer (22): «For det første har den medisinske legespesialiteten uklart profil og innhold. For det andre er det liten interesse for samfunnsmedisin blant legene. For det tredje er det vanskelig å rekruttere leger til kommunelege 1 stillinger rundt om i landets kommuner.»

Samme år ble det etablert et nasjonalt prosjekt for fornyelse av norsk samfunnsmedisin. Blant forslagene var at begrepet samfunnsmedisin burde frigjøres fra kommunehelsetjenesten og brukes om alt gruppeorientert legearbeid, at alle legers kompetanse i samfunnsmedisin økes, at spesialistutdanningen individualiseres, og at det utvikles nye møteplasser og faglige nettverk for samfunnsmedisinere (23). Mye av dette er oppnådd.

Samfunnsmedisinens betydning ble tydelig under koronapandemien (2020–2022). Koronakommisjonen anbefalte «at myndighetene bygger opp om den økte anerkjennelsen pandemien antas å ha gitt samfunnsmedisinere» (24). I dagens verden med store klimautfordringer og politisk ustabilitet er det også grunn til å merke seg Totalberedskapskommisjonen som skriver (25): «Den samfunnsmedisinske kompetansen kommuneoverlegen besitter, er av sentral betydning både når det gjelder grunnberedskapen i en kommune og i krisehåndteringen.»

At kommuneleger skal ha spesialistutdanning i samfunnsmedisin, og at nødvendig kapasitet skal ivaretas både i normalsituasjoner og ved kriser, er en naturlig og rimelig forventning (6).

Samfunnsmedisinske tiltak er avgjørende for en god folkehelse (26), og tiltakene har bidratt til en formidabel reduksjon i hjerte- og karsykdommer de seneste tiårene (27). Alle leger må ha samfunnsmedisinsk kompetanse, men spesialistutdanning behøves for samfunnsmedisinske legestillinger. Spesialistveksten i helseforvaltningen er særlig gledelig (8).

Samfunnsmedisinere har aldri vært så mange, så kompetente og så etterspurte som i dag (21). Få av dem arbeider imidlertid i store fagmiljøer. Utviklingen av faglige møteplasser for erfaringsutveksling og innovasjon bør være en prioritert oppgave.

Michael, tidsskrift for samfunnsmedisin og medisinsk historie, vil gjerne være en av disse møteplassene.

Litteratur

1. Sandvik H. Distriktslegen (1836–1984). *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2000; 120: 3160–3161.
2. Innerdal C. Kommunelegefunksjonen og samfunnsmedisinsk arbeid i kommunen. *Michael* 2024; 21: 324–328.
3. Larsen Ø. Sunnhetsloven – mer enn en helselov. *Michael* 2010; 7: Supplement 8: 11–49.
4. Haave P. *I medisinsens sentrum. Den norske legeforening og spesialistregimet gjennom hundre år*. Oslo: Unipub, 2011: 263.
5. Hva er samfunnsmedisin? Temanummer. *Michael* 2016; 13: 73–176.
6. Nasjonal veileder for kommunelegefunksjonen og samfunnsmedisinsk arbeid i kommunen. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/horinger/nasjonal-veileder-for-kommunelegefunksjonen-og-samfunnsmedisinsk-arbeid-i-kommunen>
7. Nylenna M. *Samfunnsmedisin på norsk*. Oslo: Gyldendal, 2019.
8. Nylenna A. Statlig samarbeid om samfunnsmedisinutdanning. *Michael* 2024; 21: 303–306
9. *Rammer for samfunnsmedisin*. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/autorisasjon-og-spesialistutdanning/spesialistutdanning-for-leger/samfunnsmedisin/rammer-for-samfunnsmedisin>
10. Evensen SA, Gradmann C, Larsen Ø et al red. Allmenntidning som akademisk fag. *Michael* 2009; 6: 11–126.
11. Larsen Ø. Norsk samfunnsmedisin for 200 år siden. *Michael* 2024; 21: 313–323.
12. Siem H. *Utdanningshåndbok i samfunnsmedisin*. Oslo: Universitetsforlaget, 1987.
13. Skoglund E. Spesialistutdanningens historie. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2009; 129: 1124–1127.
14. Nylenna M red. *Utdanningshåndbok i samfunnsmedisin*. Lysaker: Den norske lægeforening, 1995.
15. *Ny spesialistutdanning i samfunnsmedisin*. Utredning nr. 3 fra NR. Oslo: Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefördeling, 2003.
16. *Utdanningsprogram for spesialiteten samfunnsmedisin*. Utarbeidet av spesialitetskomiteen i samfunnsmedisin. Oslo: Den norske legeforening, 2015. <https://www.legeforeningen.no/contentassets/005dc2c2d0694888896f8675710e6d8a/utdanningsprogram-revidert-19.05.2015.pdf>
17. *Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger (spesialistforskriften)*. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-12-08-1482>).
18. *Spesialistforskriften med kommentarer. Spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2019. <https://www.regjeringen.no/contentassets/296adc05dbec4ae1a1e015cbea31701e/ny-versjon-2023-av-rundskriv-i-2-2019-spesialistforskriften-med-kommentarer.pdf>
19. Vidar G, Rutherford A. *Veiledningshåndbok for samfunnsmedisin*. Oslo: Den norske legeforening, 2023. <https://www.legeforeningen.no/contentassets/f7522c629ced43a-2ba66cb37d25fd81/veiledningshandbok-for-samfunnsmedisin.pdf>
20. Taraldset A. Samfunnsmedisinspesialitetens vekst og fall – og ny vekst. *Michael* 2024; 21: 298–302.

21. Sundar T, Mørland H, Tandberg AM. Samfunnsmedisin – spesialitet i medvind. *Michael* 2024; 21: 307–312.
22. St.meld. nr. 16 (2002–2003) *Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken*. Oslo: Helsedepartementet, 2003.
23. *Samfunn + medisin = Samfunnsmedisin*. En rapport om samfunnsmedisinens muligheter og problemer i Norge. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2004.
24. Norges offentlige utredninger. *Myndighetenes håndtering av koronapandemien – del 2*. NOU 2022; 5: 77–118.
25. Norges offentlige utredninger. *Nå er det alvor. Rustet for en usikker fremtid* NOU 2023: 17: 381.
26. Nylenna M. Amerikansk blikk på norsk folkehelse. *Michael* 2024; 21: 366–370.
27. Larsen Ø. Hvor ble det av hjerte- og karsykdommene? *Michael* 2024; 21: 371–373.

Magne Nylenna
magne@nylenna.no
Institutt for helse og samfunn
Universitetet i Oslo
Postboks 1130 Blindern
0318 Oslo

Magne Nylenna er professor emeritus i samfunnsmedisin ved Universitetet i Oslo og redaktør av Michael. Han var distriktslege i Smøla 1979–1984, redaktør av Utposten 1983–1987, gjennomførte Bygdøy-kurset i 1980 og ble godkjent spesialist i samfunnsmedisin i 1987. Han ledet prosjektet om samfunnsmedisinens muligheter og problemer i Sosial- og helsedirektoratet i 2003–2004 (23).

Samfunnsmedisinspesialitetens vekst og fall – og ny vekst

Michael 2024; 21: 298–302.

doi: 10.5617/michael.11658

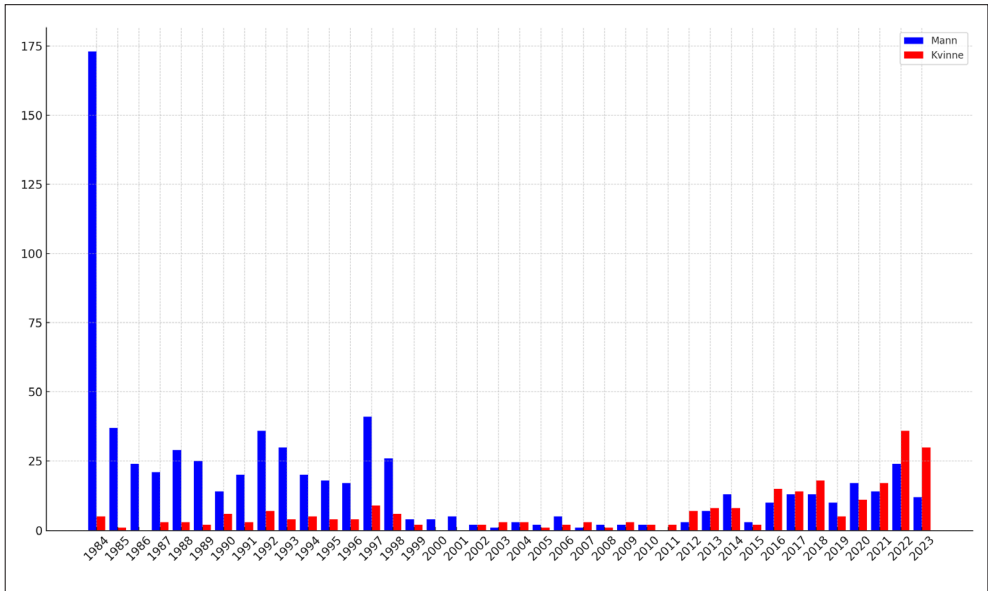
I 1984 ble 178 spesialister i samfunnsmedisin godkjent. Antall godkjenninger sank kraftig mellom 1999 og 2012 da en ny økning begynte. Mens menn dominerte spesialiteten i begynnelsen, er nå kvinnene i flertall blant de nyeste spesialistgodkjenningene. Blant yrkesaktive spesialister er kjønnsfordelingen omtrent jevn. Spesialiteten karakteriseres av en høy gjennomsnittsalder og svært mange pensjonister. Nesten halvparten av dagens samfunnsmedisinere arbeider andre steder enn i kommunene.

I 1984 da spesialiteten i samfunnsmedisin ble opprettet, ble 178 spesialister godkjent, mange etter en overgangsordning. Antallet spesialistgodkjenninger per år lå deretter relativt høyt frem til 1998. Deretter kom et kraftig fall, og antall nye godkjenninger var lavt helt frem til 2012. Deretter har antallet vist en økende tendens. I 2022 fikk vi det høyeste antallet godkjenninger siden 1984 med 60 godkjenninger. I 2023 ble 42 nye spesialister godkjent (figur 1).

I løpet av 2024 vil vi kanskje passere totalt 1 000 spesialistgodkjenninger i samfunnsmedisin siden spesialiteten ble opprettet.

Svært høy og økende andel pensjonister

Av disse omkring 1 000 godkjente spesialistene er omtrent 170 døde, mens hele 425 er pensjonister. Midt i 2024 er det 372 yrkesaktive spesialister i samfunnsmedisin under 70 år som er registrert med adresse i Norge. Samfunnsmedisin er den eneste legespesialiteten som har flere spesialister som er pensjonister, enn yrkesaktive spesialister. Dette skyldes både de mange godkjenningene på 1980-tallet, de få mellom 1991 og 2012 og at gjennomsnittsalderen ved spesialistgodkjenning i alle år har vært høy. Derfor er det ikke noen særlig vekst i antall yrkesaktive spesialister i samfunnsmedisin i førtiårsperioden.



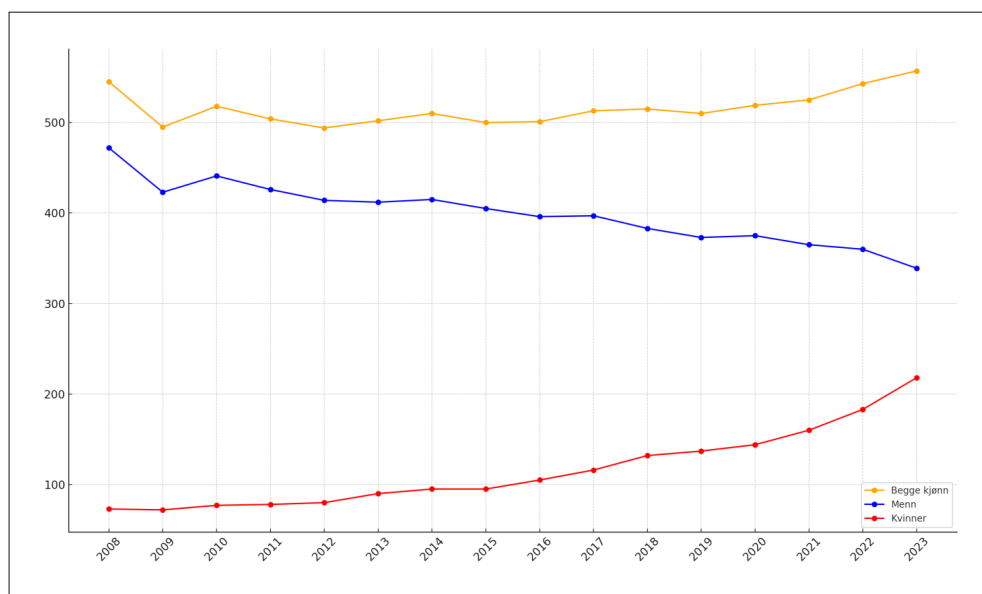
Figur 1. Antall årlige spesialistgodkjenninger fra 1984 til 2023 fordelt på kjønn

Figur 2 viser riktignok en svak vekst i antallet spesialister i samfunnsmedisin etter 2016, men disse tallene, som bygger på offisiell statistikk fra Statistisk sentralbyrå, gjelder for spesialister opp til 75 år. Andelen spesialister mellom 70 og 74 år er høy i samfunnsmedisin. Dersom vi ser på yrkesaktive spesialister i samfunnsmedisin, er utviklingen svakere enn det figuren viser. Veksten i antall yrkesaktive spesialister i samfunnsmedisin under 70 år i Norge er altså fortsatt lavere enn utviklingen frem til 1999.

Dobbeltspesialisering

Dobbeltspesialisering sammen med allmennmedisin er et annet spesielt kjennetegn for samfunnsmedisin, og dette er trolig den viktigste forklaringen på den høye gjennomsnittsalderen. Gjennomsnittlig antall spesialistgodkjenninger per godkjent spesialist i samfunnsmedisin er 1,75 for yrkesaktive under 70 år, høyere enn i noen annen spesialitet dersom vi ikke regner med det som tidligere var grenspesialiteter. Blant de 372 yrkesaktive spesialistene i samfunnsmedisin under 70 år i Norge har 117 en spesialistgodkjenning, 233 har to, 20 har tre og to samfunnsmedisinere har hele fire spesialistgodkjenninger.

Mange har arbeidet lenge i allmennmedisin før de blir spesialister i samfunnsmedisin. Av de 372 yrkesaktive spesialistene i samfunnsmedisin hadde



Figur 2. Antall spesialister i samfunnsmedisin under 75 år i Norge fra 2008 til 2023 fordelt på kjønn og basert på tall fra Statistisk sentralbyrå.

172 allmennmedisin som sin første spesialistgodkjenning. Bare 138 hadde samfunnsmedisin som sin første spesialistgodkjenning. De resterende er fordelt på mange andre spesialiteter som første godkjenning, med flest i nevrologi, psykiatri, indremedisin, arbeidsmedisin, barnesykdommer og anestesologi, i denne rekkefølgen. Tilsvarende er det 165 av de 372 som har samfunnsmedisin som sin siste spesialistgodkjenning, mens 143 har allmennmedisin som sin siste spesialistgodkjenning. Nevrologi skiller seg klart ut ettersom dette er den nest minste av alle de nevnte spesialitetene. Bare arbeidsmedisin er mindre.

Vi vet ingenting om tidspunktet for når man påbegynner spesialiseringen i samfunnsmedisin, men ingen annen spesialitet har en høyere gjennomsnittsalder ved spesialistgodkjenning. For alle spesialistgodkjenninger i samfunnsmedisin gitt etter norske regler i 2020–2023 er gjennomsnittsalderen i dag 48,4 år, langt høyere enn i allmennmedisin med 42,5 år. Riktignok var tilsvarende tall 53 år for thoraxkirurgi, men dette omfattet bare to spesialistgodkjenninger. Etter samfunnsmedisin følger for årene 2020–2023 arbeidsmedisin med 46,8 år, maxillofacial kirurgi med 46,5 år, akutt- og mottaksmedisin med 46,1 år, karkirurgi med 44,6 år, geriatri med 44,4 år og lungesykdommer med 43,9 år. Gjennomsnittsalderen ved spe-

sialistgodkjenning i samfunnsmedisin har tidligere vært enda høyere, spesielt i perioden 2005–2014.

Kraftig økning i kvinneandelen

Blant de 178 spesialistene som ble godkjent i 1984, var kun fem kvinner. I 1990 var kvinneandelen fortsatt så lav som 6 %. I allmennmedisin var den 15 %. Siden 2016 har det skjedd et brått skifte i kjønnsfordelingen med en rask økning av kvinner blant yrkesaktive spesialister. Per 30. juli 2024 har kvinneandelen økt til 48,7 % i samfunnsmedisin blant yrkesaktive spesialister under 70 år. Det er for første gang høyere enn i allmennmedisin som har en kvinneandel på 48 %.

Over halvparten arbeider i kommunene

Av de yrkesaktive spesialistene i samfunnsmedisin i 2024 arbeider 55 % i kommunene dersom vi inkluderer allmennpraksis uansett driftsform. Det er mange som kombinerer samfunnsmedisinsk stilling med allmennpraksis. Hva som regnes som hovedstilling, og hva som regnes som bistilling, kan variere. Det er trolig også et betydelig antall som bare arbeider i allmennpraksis. 22 % av dagens samfunnsmedisinere arbeider i staten, halvparten av disse i Oslo. Dette er fordelt på svært mange forskjellige typer arbeidssteder, flest hos statsforvaltere eller i NAV. 14 er ansatt i hovedstilling i Folkehelseinstituttet (av totalt 83 leger), åtte i Helsedirektoratet (av totalt 51), sju i Helse- og omsorgsdepartementet (av totalt 14) og sju i Arbeids- og velferdsdirektoratet sentralt (av totalt 19). Sju spesialister i samfunnsmedisin er ansatt i en vitenskapelig hovedstilling, og 11 er ansatt i en vitenskapelig bistilling, totalt sett flest i Oslo og i Trondheim. 11 % står uten registrert arbeidsforhold i medlemsregisteret. De øvrige er fordelt på mange forskjellige typer stillinger og arbeidssteder. Nesten to tredeler av spesialistene i samfunnsmedisin som står registrert med aktive bistillinger, arbeider i kommunehelsetjenesten i disse bistillingene, bare 17 i staten samlet sett og åtte i helseforetakene.

Geografisk fordeling

Med utgangspunkt i Legeforeningens lokalforeninger, som følger fylkesinndelingen før 2018, finner vi en jevnere geografisk fordeling av samfunnsmedisinere enn av andre spesialister. Sammenliknet med folketallet går forskjellene faktisk i motsatt retning av andre spesialiteter. To av de minste av de «gamle» fylkene, Sogn og Fjordane og Aust-Agder, er ikke de fylkene som har færrest spesialister i samfunnsmedisin. Det er også nokså god dekning av spesialister i samfunnsmedisin i de tre nordligste fylkene. Den

geografiske fordelingen etter Statistisk sentralbyrås standard for kommune-klassifisering, basert på sentralitet og bosettingstetthet, viser at 55 % av spesialistene i samfunnsmedisin arbeider i de mest sentrale kommunene (kode 3A). 21,2 % arbeider i de minst sentrale kommunene (kode 0).

Dersom vi ser på bosettingstetthet, er det 48,1 % av spesialistene i samfunnsmedisin som arbeider i kommuner med høyest bosettingstetthet og 12,4 % i kommuner med nest høyest bosettingstetthet. Tilsvarende tall for spesialister i allmennmedisin er 40,9 % og 14,2 %. I den andre enden er det i samfunnsmedisin 9,4 % som arbeider i kommuner med aller lavest bosettingstetthet og 1,6 % som arbeider i kommuner med nest lavest bosettingstetthet. I allmennmedisin er tilsvarende andeler 10,6 % og 1,5 %. Selv om samfunnsmedisin er en mye mindre spesialitet enn allmennmedisin, har man altså oppnådd omtrent like stor grad av «desentralisering» av spesialistene. Faktisk er det ørlite bedre dekning av spesialister i samfunnsmedisin enn av spesialister i allmennmedisin i de aller minst sentrale kommunene.

Anders B. Taraldset
Anders.Taraldset@legeforeningen.no
Medisinsk fagavdeling
Den norske legeforening
Postboks 1152 Sentrum
0107 Oslo

Anders Taraldset er samfunnsøkonom og statistikksjef i Legeforeningen.

Statlig samarbeid om samfunnsmedisinutdanning

Michael 2024; 21: 303–306.

doi:10.5617/michael.11659

De seneste ti årene har antall spesialister og leger i spesialisering i samfunnsmedisin økt kraftig i statlig helseforvaltning. Den største endringen har kommet etter ny ordning for spesialistutdanningen. Etablering av et uformelt forum for erfaringsdeling for de sentrale helseforvaltningsvirksomhetene som har søkt registrering som utdanningsvirksomhet, har gitt verdifull støtte i organiseringen av den nye spesialistutdanningen.

Både i Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet har antallet spesialister i samfunnsmedisin og leger i spesialistutdanning økt betraktelig de siste ti årene. Den store økningen i leger i spesialisering (LIS) har kommet etter ny spesialistutdanning i samfunnsmedisin som trådte i kraft fra 2019.

I Folkehelseinstituttet er det 12 leger i spesialistutdanning i 2024, hvorav 11 etter ny ordning (Anne Olaug Olsen, personlig meddelelse). Det nye Helsedirektoratet har etter sammenslåing med Direktoratet for e-helse i alt 17 leger i spesialisering i samfunnsmedisin på ny ordning, i tillegg til et par som avslutter på gammel ordning. Dette er mer enn en tredobling i antall LIS i Helsedirektoratet siden 2016 (1).

Samarbeidsforum

Med ny ordning for spesialistutdanningen for samfunnsmedisin kom også et behov for erfaringsdeling mellom statlige utdanningsvirksomheter. Intensjonsavtaler om samarbeid mellom utdanningsvirksomhetene for å oppnå læringsmål, for eksempel med hospitering, var utgangspunktet for å opprette kontakt på tvers av virksomhetene. Det viste seg raskt at det var behov for erfaringsutveksling på flere områder. Med ny spesialistutdanning kom det også krav om å søke Helsedirektoratet om å få institusjonene registrert som utdanningsvirksomhet i samfunnsmedisin. I denne søknaden må det oppgis

hvilke læringsmål som kan dekkes innenfor virksomheten, og hvordan utdanningen legges opp. Det har vært nyttig at de statlige institusjonene har hatt et forum for å diskutere hvordan utdanningsløpene kan legges opp, hvilke læringsmål som kan nås innenfor virksomheten, og hvilke avtaler det er behov for med andre virksomheter for å oppnå læringsmålene.

De ansvarlige for organisering av utdanningsløpet i Helse- og omsorgsdepartementet, Helsetilsynet, Folkehelseinstituttet, NAV, Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet møttes jevnlig digitalt gjennom pandemien. Etter pandemien har de fortsatt å møtes, stort sett digitalt.

Aktuelle problemstillinger som har vært diskutert, har vært inngåelse av avtaler med kommunale utdanningsvirksomheter om enkeltlæringsmål og avtaler med spesialisthelsetjenesten slik at hele utdanningsløpet kan gjennomføres i henhold til kravene. Alt fra det praktiske med oppdatering av søknadsskjema i AltInn til diskusjon om deling av individuelle veilederressurser mellom virksomhetene har vært tatt opp. Likelydende avtaler med sykehus og kommune er inngått for å sikre at hele utdanningsløpet kan tilbys. Samarbeid om dette har vært av stor betydning.

Individuell veiledning

Den nye spesialistforskriften trådte i kraft i 2017. Forskriften omhandler roller og ansvar, stillinger, utdanningsvirksomheter, godkjenning, spesialitetsstruktur og læringsmål for spesialistutdanning av leger. Med utgangspunkt i spesialistforskriften ble ny spesialistutdanning i samfunnsmedisin innført 1. mars 2019.

Tre store endringer fra tidligere er at utdanningen styres av læringsmål og oppnåelse av disse, at arbeidsgiver i en utdanningsvirksomhet har ansvar for organisering av utdanningsløpet, og at arbeidsgiver er ansvarlig for at leger i spesialisering i samfunnsmedisin får en individuell veileder. Veileder skal være spesialist i samfunnsmedisin og kan være ansatt i samme utdanningsvirksomhet, men det er ikke et krav. Det er opprettet regionale rådgivningskontor for styrket spesialistutdanning i allmenn- og samfunnsmedisin, forkortet ALIS og SamLIS. Det er fem ALIS-kontor i Norge, og koordineringsansvaret for samfunnsmedisin er lagt til ALIS og SamLIS Øst. Det er utviklet nettsider med informasjon for både LIS, veileder og utdanningsvirksomhet.¹

Krav for å bli spesialist i samfunnsmedisin er minimum fire år med samfunnsmedisinsk arbeid pluss ett år med klinisk tjeneste, gruppeveiledning (90 timer på tre år), individuell veiledning i hele utdanningsløpet og

1 <https://www.samlis.no/for-samlis>.

at alle læringsmål er oppnådd (2). Dersom man ikke jobber i full stilling, forlenges utdanningstiden tilsvarende. I den sentrale helseforvaltningen har et stort flertall av LIS i samfunnsmedisin en annen spesialitet før de begynner på utdanningsløpet i samfunnsmedisin. Det kan innebære et forkortet løp med minimumstid på tre år og tre måneder med individuell veiledning og arbeid i samfunnsmedisinsk stilling (2).

Organisering av utdanningsløp i virksomhetene er basert på stor kollegialitet, og arbeidet med å finne individuelle veiledere er basert på at spesialister i virksomhetene påtar seg rollen for kolleger. Både i Helsetilsynet, Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet har det vært løftet saker til ledelsen for å sikre forankring av utdanningsløpene.

I Helsedirektoratet er det lagt opp til halvårlige fellesmøter med alle leger i spesialisering i samfunnsmedisin og deres individuelle veiledere for å dele erfaringer. Det har kommet frem at det er varierende behov for individuell veiledning, avhengig av erfaring, tidligere spesialisering og aktuelle arbeidsoppgaver. I enkelte perioder kan det være behov for å intensivere veiledningen, mens det andre ganger kan gå noe lengre tid mellom veiledningene.

«Det er ikke satt noe minimumsomsfang på veiledningen i samfunnsmedisin annet enn at det skal gis “nødvendig veiledning”. Helsedirektoratet anbefaler at SamLIS får samme omfang av veiledning som i allmennmedisin, det vil si i gjennomsnitt minst 4 timer per måned i 10,5 av årets måneder»(3).

Leger i spesialisering i Helsedirektoratet har angitt nytte av felles veiledninger med flere kolleger til stede. Kanskje er dette mer aktuelt i samfunnsmedisin enn i allmennmedisin blant annet fordi det er stor bredde i samfunnsmedisinske oppgaver. Dette gir også mulighet for legene til å koble seg på og sammen på ulike oppgaver og leveranser og bidrar til å oppfylle flere læringsmål.

Helse- og omsorgsdepartementets utdanningsplan er publisert på deres nettsider (4). Det samme gjelder for Helsedirektoratet (5).

Utfordringer fremover

Målsettingen i Sosial- og helsedirektoratets utredning om samfunnsmedisin i 2004 (6) var at det måtte bli flere samfunnsmedisinske møteplasser, og at samfunnsmedisin måtte få en sterkere plass i statlig helseforvaltning.

Dette har lyktes. Antallet spesialister i samfunnsmedisin i Folkehelseinstituttet og det nye Helsedirektoratet har økt betraktelig, og det er flere titalls leger i spesialisering i samfunnsmedisin i den sentrale helseforvaltningen.

Individuell veiledning er nå obligatorisk i spesialistutdanningen. Veilederen skal være spesialist i samfunnsmedisin, og det er utdanningsvirk-

somhetens ansvar å finne veileder. Økt interesse for utdanningen gir press på kapasiteten for individuell veiledning. Selv om det er en forventning om at spesialister kan delta som individuelle veiledere, er det en utfordring at mange leger har jobber som krever mye, og at flere ikke ser at de har kapasitet til å være individuelle veiledere.

I Helsedirektoratet vil de første legene som har gjennomført hele løpet i ny ordning, bli klare til å søke spesialistgodkjenning høsten 2024/våren 2025. Det er forventet at balansen mellom spesialistkandidater og godkjente spesialister vil endre seg i løpet av et par år.

Vi har gode erfaringer med et felles statlig forum for utdanningsvirksomheter i samfunnsmedisin i statlig helseforvaltning. Men vi skulle gjerne hatt flere felles møteplasser både for leger i spesialiseringen og godkjente spesialister på tvers av virksomhetene. Når det i løpet av få år ligger an til å være mange nyutdannede spesialister i samfunnsmedisin, kan det kanskje gi grobunn for nye møteplasser, både i og utenfor den sentrale helseforvaltningen.

Litteratur

1. Nylenna A. Samfunnsmedisineren i den sentrale helseforvaltningen; *Michael* 2016; 13: 135–141.
2. Gjennomføring av spesialistutdanning i samfunnsmedisin. <https://www.samlis.no/gjennomforing-av-spesialistutdanningen> (29.07.24)
3. Individuell veiledning. En-til-en-veiledning i samfunnsmedisin <https://www.samlis.no/om-samlis-ordningen/individuell-veiledning> (29.07.24)
4. Utdanningsplan i samfunnsmedisin – Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/innsikt/helse--og-sosialpersonell/innsikt/utdanningsplan-i-samfunnsmedisin-helse-og-omsorgsdepartementet/id3005571/> (29.07.24)
5. Helsedirektoratet er utdanningsvirksomhet i samfunnsmedisin. <https://www.helsedirektoratet.no/om-oss/ledige-stillinger/helsedirektoratet-er-utdanningsvirksomhet-i-samfunnsmedisin> , (29.07.24)
6. *Samfunn + medisin = Samfunnsmedisin. En rapport om samfunnsmedisinens muligheter og problemer i Norge.* Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2004.

Astrid Nylenna
astrid.nylenna@helsedirektoratet.no
Helsedirektoratet,
Postboks 220, Skøyen
0213 Oslo

Astrid Nylenna er fagdirektør i Helsedirektoratet, godkjent spesialist i samfunnsmedisin og leder for utdanningsutvalget i Helsedirektoratet.

Samfunnsmedisin – spesialitet i medvind

Michael 2024; 21: 307–312

doi:10.5617/michael.11660

Interessen for samfunnsmedisin er større enn noen gang idet faget feirer 40 år som legespesialitet. Samfunnsmedisinere har fått økt innflytelse innen helseledelse, helserett, tjenesteplanlegging og beredskap. Selv om koronapandemien viste at kommuneoverlegene er uunnværlige i sine lokalsamfunn, er det likevel grunn til å spørre om samfunnsmedisinsk kompetanse blir høyt nok verdsatt i Norge.

Som fag kan samfunnsmedisin i Norge spores helt tilbake til 1603, da Vil-lads Nielsen (1564–1616) ble utnevnt til stadsmedikus i Bergen og ble vår første offentlige lege (1). Imidlertid er det Fredrik Holst (1791–1871), en av pionerne i utviklingen av det offentlige helsevesenet, som gjerne betegnes som den første samfunnsmedisineren (2). Holst var sentral i utarbeidelsen av helselovgivningen på 1800-tallet (3), som la grunnlaget for det lovverket vi har i dag. Dagens lovgivning pålegger kommunene å ha nødvendig samfunnsmedisinsk kompetanse (folkehelseloven) og peker på kommune-legen som «medisinskfaglig rådgiver» (helse- og omsorgstjenesteloven).

Selv om fortidens helsetjenester ikke tåler direkte sammenlikning med dagens, er det likevel noen prinsipper som ligger fast: fellesskapets ansvar for et offentlig finansiert helsevesen, ambisjonene om å forhindre at sykdom eller skade oppstår, og det faglige fundamentet for utøvelse av helsetjenestene (4).

Majoriteten av spesialistene i samfunnsmedisin arbeider i dag som kom-muneoverleger. Slik har det vært siden spesialitetens opprettelse i 1984. Utenom kommunene finner vi stadig flere samfunnsmedisinere i andre deler av den offentlige helseforvaltningen; hos statsforvalterne, i den sentrale stat-lige helseforvaltningen og i de regionale helseforetakene.

Siden 2010 har spesialiteten samfunnsmedisin vært preget av faglig opti-misme. Flere samfunnsmedisinske stillinger er opprettet, og tallet på spe-

sialistgodkjenninger har økt markant. Dette har blant annet sammenheng med samhandlingsreformen og folkehelseloven som begge kom i 2012. Samhandlingsreformen førte til at flere og mer kompliserte oppgaver ble overført fra spesialisthelsetjenesten til kommunene, som dermed er blitt tvunget til nytenkning rundt gode og effektive pasientforløp (5). Folkehelseloven har løftet forebyggende og helsefremmende arbeid ut av kommunehelsetjenesten og opp på toppledernivå i kommunene. Loven stiller krav om politisk forankring av folkehelsearbeidet; det skal være «helse i alt vi gjør». Både samhandlingsreformen og folkehelseloven har fått oss til å tenke mer tverrsektorielt. Kommunenes behov å styrke samfunnsmedisinsk kompetanse er følgelig større enn før, men det vil også kreve en tydeliggjøring, så vel som en styrking av kommuneoverlegerollen (6).

Norsam – en sterk faglig pådriver

Offentlige leger har fra 1934 hatt et eget foreningsledd i Legeforeningen, først under navnet Distrikts- og stadslegenes forening, senere som Offentlige legers landsforening og fra 2004 som Leger i samfunnsmedisinsk arbeid (LSA). Tidlig på 2000-tallet vedtok Legeforeningen en organisasjonsendring for å styrke den fagmedisinske aksen med etablering av egne fagmedisinske foreninger for hver medisinsk spesialitet. Norsk samfunnsmedisinsk forening (Norsam) ble etablert som fagmedisinsk forening og utskilt fra LSA i april 2005.

Siden foreningens oppstart har Norsam vært en kraftfull pådriver for spesialistutdanningen i samfunnsmedisin (7).

Etter at det årlige kurset for offentlige leger, Bygdøy-kurset (senere kalt Folkehelse-kurset), ble avvirket i 1990-årene, stod spesialistutdanningen i stampe i lang tid. Det eksisterte ingen komplett kursutdanning, og det var i stor grad overlatt til den enkelte kandidat å snekre sammen et opplegg for å komme i mål med spesialiseringen.

Høsten 2009 påtok Norsam seg oppgaven med å administrere et nytt løp for kursutdanningen som Helsedirektoratet og Legeforeningen hadde utredet. Den nye ordningen omfattet 300 obligatoriske kurstimer fordelt på ni kurs, som skulle kompletterte legenes samfunnsmedisinske tjeneste (8). I tillegg var det krav til ulike aktiviteter og deltakelse i veiledningsgruppe.

I dag er gruppeveiledningen administrert av Medisinsk fagavdeling i Legeforeningen, der en egen veilederkoordinator har ansvar for å fordele plasser og organisere utdanningsløpet for gruppeveiledere.

Videreutdanningstilbudet i samfunnsmedisin var etterlengtet da det kom på plass, og det var stor interesse for deltakelse på kurs og i veiledningsgrup-

per. I tillegg til det faglige utbyttet skaper kurs, seminarer og veiledningsgrupper viktige treffpunkter for leger i spesialisering. Kursprogrammet som Norsam administrerer, har gitt foreningen en tett og unik kontakt med sine medlemmer. Derfor har Norsam førstehånds kjennskap til hvilke spørsmål og utfordringer samfunnsmedisinere i både kommune og stat er opptatt av. Den strukturerte videreutdanningen har utvilsomt bidratt til å styrke spesialiteten og sette fart i nye spesialistgodkjenninger (9).

Samfunnsmedisinerne årsmøtekurs, som ble arrangert første gang i 2009, kombinerer kurstilbud med årsmøtene i LSA og Norsam. Dette er en viktig samfunnsmedisinsk møteplass som holdes på ulike steder i landet. I 2024 arrangeres årsmøtekurset for første gang i Alta i Finnmark, og det har nærmere 100 deltakere.

Jubilantens helse

Førtiåringens «helsetilstand» som medisinsk spesialitet er generelt god, men det er likevel utfordringer. Det er ikke til å legge skjul på at samfunnsmedisinen kjenner på både voksesmerter og identitetsutfordringer.

Mest av alt er det kommuneoverlegerollen som kan sies å oppleve identitetsutfordringene. Rollen preges av sprikende forventninger og historiske tradisjoner som kommer på kollisjonskurs med nye behov og krav etter samhandlingsreformen og folkehelseloven. To faktorer som i særlig grad medvirker til den uklare rolleforståelsen, er legens egen samfunnsmedisinske kompetanse og ledelsens rammer og forventninger (6).

1980-årenes «kombileger», som var allmennleger som påtok seg samfunnsmedisinske oppgaver, skapte nær tilknytning til allmennmedisinen og legetjenesten. På den tiden var kommuneoverlegen faglig ansvarlig for helse-tjenesten generelt og for fastlegetjenesten spesielt.

Nasjonale myndigheter har ønsket en annen, mer samfunnsorientert og sektorovergripende bruk av kommuneoverlegen. Kommuneoverlegens rolle i folkehelsearbeidet er tydeliggjort i folkehelseloven. Kommuneoverlegen er medisinskfaglig rådgiver for hele kommunen, ikke bare for helsetjenesten. Dette har skapt utfordringer i kommuner der ledelsen ikke helt forstår hvordan den skal benytte kommuneoverlegen fullt ut (10).

Fremdeles er det nærliggende for mange å tenke på kommuneoverlegen som kommunehelsetjenestens øverste faglig ansvarlige selv om dette hører historien til. Håpet er at kommuneoverlegeveilederen som nå er på høring, skal bidra til en klarere identitet og rolleforståelse også for landets kommuneoverleger (11).

Den særnorske ordningen med lokale samfunnsmedisinere er viktig både i fredstid og i kriser. Siden nytten blir mest tydelig i kriser, er det i fredstid

avgjørende at tjenesten ikke blir nedskalert, men opprettholdt og styrket. Under koronapandemien fikk kommunelegenes samfunnsmedisinske kompetanse stor betydning i helse- og smittevernberedskapen, og kommuneoverlegene fikk tilgang til sentrale beslutningsarenaer og nettverk (12, 13). Etter pandemien ser vi dessverre tendenser til at noen kommuner nedskalerer sine kommuneoverlegeressurser, og at kommuneoverlegenes kompetanse etterspørres i mindre grad (14).

I normalsituasjonen er det en rekke utfordringer som krever et samfunnsmedisinsk blikk og gode løsninger. Vi har en sykdomsbyrde som i større og større grad er levekårsrelatert. På dette området er kommunene, med samfunnsmedisineren i spissen, sentrale arenaer i arbeidet for å forebygge sykdom og fremme helse (15).

Organisering av kommuneoverlegen i eller nærmere kommunedirektørensstab eller en etablering av faste møteplasser med den kommunale ledelsen kan være tiltak som sikrer større involvering og utnyttelse av kommuneoverlegens samfunnsmedisinske kompetanse også utenom krise- og fredstid (16). Her kan vi trekke paralleller til Forsvaret, hvor stadig flere leger gjennomfører spesialisering i samfunnsmedisin. Et nærmere samarbeid mellom kommuneoverleger og Forsvarets samfunnsmedisinere vil være viktig for totalberedskapen. Det har tradisjonelt vært slik at man først husker kommuneoverlegen når krisen virkelig melder seg, og man trenger en rask løsning.

Vi har sett at det samfunnsmedisinske perspektivet vektlegges i større grad i spørsmål rundt prioriteringer i helse for å balansere ressurser og behov. Samfunnsmedisinsk søkelys på å forstå og påvirke helsefaktorer over tid gjør faget relevant for mer helhetlige og langsiktige beslutninger i helsepolitikken.

Utfordringene krever tverrfaglig tilnærming. Samfunnsmedisinerne har – og skal fortsatt ha – en nøkkelrolle i dette store bildet. Vi har kompetansen som trengs for å se helheten i helseutfordringene, og kan bidra til å utvikle strategier for å møte dem.

Litteratur

1. Smith A. Samfunnsmedisin på norsk. *Michael* 2011; 8: 169–178.
2. Nylenna M. Fredrik Holst – vår første samfunnsmedisiner. *Utposten* 2019; nr. 4: 40.
3. Schiøtz A. Samfunnsmedisinens pioner – Frederik Holst og det offentlige lege- og helsevesen. *Michael* 2017; 14: 272–287.
4. Nylenna M. Fellesskap, forebygging og faglighet i fire århundrer. *Tidsskrift for Den norske legeförening* 2003; 123: 89.
5. Grimsmo A. Samhandlingsreformen – hva nå? *Tidsskrift for Den norske legeförening* 2015; 135: 1528.
6. Fossberg BC, Frich J. Kommuneoverlegers opplevelse av egen rolle. *Tidsskrift for Den norske legeförening* 2022; 142. doi:10.4045/tidsskr.21.0589
7. Sundar T. Norsams ankermann – intervju med Henning Mørland. *Utposten* 2019; nr. 4: 2–6.
8. Mørland H. Samfunnsmedisin som legespesialitet. *Michael* 2016; 13: 142–145.
9. Taraldset A. Samfunnsmedisinspesialitetens vekst og fall – og ny vekst. *Michael* 2024; 21: 298–302.
10. Renaa T. Kommuneoverleger i spagat. *Tidsskrift for Den norske legeförening* 2022; 142. doi:10.4045/tidsskr.22.0025
11. *Kommunelegefunksjonen og samfunnsmedisinsk arbeid i kommunene*. Høringsutkast. Oslo: Helsedirektoratet, 2024. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/kommunelegefunksjonen>.
12. Hungnes T, Vik E, Veddeng O. Kommunelegens rolle under koronapandemien – en kvalitativ studie. *Tidsskrift for Den norske legeförening* 2022; 142. doi:10.4045/tidsskr.22.0396
13. Norges offentlig utredninger. *Myndighetenes håndtering av koronapandemien – del 2 – Rapport fra Koronakommisjonen*. NOU 2022: 5.
14. Hagestuen PO, Feiring E. Rollen som kommuneoverlege etter pandemien – en kvalitativ studie. *Tidsskrift for Den norske legeförening* 2023; 143. doi:10.4045/tidsskr.23.0039
15. Grepp M. Hvordan kan helsefremmende arbeid skape bærekraftige lokalsamfunn. *Michael* 2019; 16: 28–32.
16. Vik E, Hungnes T, Mowinkel OK et al. Koronapandemiens betydning for kommuneoverlegens rolle – en kvalitativ studie. *Tidsskrift for Den norske legeförening* 2024; 144. doi:10.4045/tidsskr.23.0673

Tom Berner Sundar
tom.sundar@gmail.com
Grefsenkollveien 21
0490 Oslo

Tom Sundar er bydelsoverlege i Bydel Nordre Aker, Oslo kommune, spesialist i allmenn- og samfunnsmedisin og tidligere leder av Norsk samfunnsmedisinsk forening.

*Henning Mørland
henning.morland@gmail.com
Mallaåsveien 26
3133 Duken*

Henning Morland er kommuneoverlege i Tønsberg kommune, spesialist i samfunnsmedisin, tidligere leder og nå kursansvarlig i Norsk samfunnsmedisinsk forening.

*Aud Marie Tandberg
amtandberg@gmail.com
Øvre Molla 34
9603 Hammerfest*

Aud Marie Tandberg er kommuneoverlege i Hammerfest kommune, spesialist i samfunnsmedisin og leder av Norsk samfunnsmedisinsk forening.

Norsk samfunnsmedisin for 200 år siden

Frederik Holst og kontakten med utlandet

*Michael 2024; 21: 313–323.
doi:10.5617/michael.11661*

I 2024 er det 200 år siden den 33 år gamle stadsfysikus i Christiania Frederik Holst (1791–1871) tiltrådte embetet som universitetsprofessor og dermed innførte et nytt akademisk fag i Norge, hygiene, det vi i dag vil kalle samfunnsmedisin, studiet av forholdet mellom de samfunnsmessige betingelsene og folkehelsen. Åremålet inspirerer til å se på hvordan Holst formet sitt fag. Han baserte seg i stor grad på innhenting og tilpassing av kunnskap fra utlandet og bidro dermed både til fagutvikling og oppbygging av helserelatert infrastruktur. I samsvarende med den medisinske og sosiale utviklingen valgte hans etterfølgere andre tilnærminger i dette arbeidet. For Holst var oversikt over fag og samfunn en kjernekompetanse som er bleknet 200 år senere.

Da Det kongelige Frederiks Universitet ble opprettet i Christiania i 1811, var dette en del av innsatsen for å bygge en selvstendig nasjon. Det nye universitetets fremste oppdrag var å utdanne egne, norske akademikere til å bekle embeter og andre viktige posisjoner i samfunnet, de vil si å være en *skole*. Det gjaldt også for medisinen.

Høy sykkelighet i befolkningen skapte behov for praktisk legehjelp. De mange og farlige sykdommene som herjet, ofte uten å kunne behandles effektivt, krevde medisinsk forståelse og innsikt. Blodig krig, senest med Sverige sommeren 1814, viste at man trengte å ha handlekraftige kirurger.

Akademisk legeutdanning hadde derfor et problem – dels skulle det bygges opp et vitenskapelig, medisinsk fagområde, dels skulle man gi studenter praktiske ferdigheter i å møte en hard virkelighet. Da det ble legeutdanning i Norge fra 1814, var helsevesenet lite utviklet. Det trengtes leger til å ta seg av sykdommer og skader, men hvordan skulle disse legene være? Skulle de først og fremst ha en yrkesprofil tilpasset det norske samfunnets

helsemessige hverdagsbehov? Eller skulle de hvile tungt på en teoretisk bakgrunn og ha både folkehelseperspektiv og vitenskapelig orientering?

For det medisinske studieopplegget i Christiania hadde man valgt å innføre en hybridmodell, en kombinasjon av teori og praksis slik studiet var ved Det kongelige kirurgiske akademi i København (1–3). Da fakultetet startet opp i 1814, var det først bare tre medisinske professorer, anatomen Michael Skjelderup (1769–1852), indremedisineren Niels Berner Sørensen (1774–1857) og kirurgen Magnus Andreas Thulstrup (1769–1844). Disse tre representerte basalfag og klinikk. Men Norge trengte også medisinsk kompetanse om samspillet mellom helse og samfunn. Derfor kom Christianias stadsfysikus i Frederik Holst inn som medisinsk professor nummer fire i 1824, et embete han hadde helt til 1866.

Holst fikk hovedansvaret for medisinenes relasjoner til samfunnet omkring. Utformingen av en legerolle som stemte overens med samfunnets krav, ble også viktig (4–6). Holsts fag skulle være norske, men svært mye av kunnskapsgrunnlaget var internasjonalt. Det måtte hentes inn, og det gjorde Holst.

De nye universitetslærerne måtte ofte starte sin virksomhet på faglig bar bakke. De måtte dele fakultetsarbeidet seg imellom og stille opp for hverandre når det trengtes. Holst skulle, i tillegg til hygiene, også ha ansvaret for farmakologi og toksikologi. De faglige oppgavene var således mangfoldige.

Frederik Holst, kjendis og doldis

Spørsmål rundt Frederik Holsts gjøren, laden og innflytelse er ikke enkle å besvare. Tilgjengelig kildestoff har bare delvis vist seg hjelpsomt. En viktig årsak til problemene er åpenbart Holsts egen personlighet. Det norske medisinske Selskab holdt i 2017 et dagsseminar med tittelen *Frederik Holst*

– *hvem var han?* (7). Selv Holsts etterkommere og andre familiemedlemmer som var til stede, visste påfallende lite om Holst som person. Han må ha holdt en uvanlig lav profil, bortsett fra i sitt faglige virke.

Selv om Holst levde på en tid da fototeknikk var godt etablert og portrettfotografi var begynt å bli vanlig, finnes det heller ikke noe kjent fotografi av ham. En tegning utført av David Arnesen (1818–1895), var trolig grunnlaget for det mer kjente maleriet av Wilhelm Peters (1851–1935) (8) (figur 1).



Figur 1: Frederik Holst, utsnitt av Wilhelm Peters' maleri. (Tilhører Sparebankstiftelsen DnB)

Kildene til Frederik Holsts liv og virke er først og fremst hans etterlatte faglige publikasjoner. De er mange (9). Holst skrev et stort antall innberetninger, vitenskapelige artikler og mer allmenne tekster. Det finnes også mange usignerte, men viktige bidrag fra hans hånd, for eksempel i det første norske medisinske, vitenskapelige tidsskriftet *Eyr* som Holst redigerte i årene 1829–1837, sammen med sin eldre kollega Michael Skjelderup (10). Her ser vi tallrike eksempler på hvordan formidling av kunnskap fra innland og utland ble essensielt både for vitenskapelig forståelse og for praktisk medisin (11). Typisk for Holsts formidling er at han var opptatt av tall og harde fakta.

Holst var overalt i offentligheten. Vi ser imidlertid fagmannen og samfunnsaktøren for oss, men ikke privatpersonen.

Holst og utlandet

Frederik Holsts utenlandskontakter kan deles inn i fem kategorier: faglitteratur, reiser, vitenskapelige konferanser, korrespondanse og medlemskap i vitenskapelige selskaper. Av disse er det rimelig å nevne utenlandsk *faglitteratur* først.

Fagbøker og tidsskrifter

Legeutdanningen hadde først og fremst et praktisk formål. Likevel var den i stor grad bygd på kunnskap hentet fra faglitteratur. Mye av datidens teoretiske forståelse var basert på gamle synsmåter, så selv eldre litteratur kunne ha betydelig praktisk verdi. Derfor hadde etableringen av et bibliotek høy prioritet. Dette trengtes for at man skulle kunne konsultere standardverkene (figur 2).

Det forelå også et annet behov, nemlig å holde seg oppdatert gjennom løpende *tidsskriftabonnementer*. Et eksempel:

Ryktene om at en truende kolerapandemi bredte seg fra utlandet, ble stadig sterkere på slutten av 1820-årene. Holst fulgte nøye med i den utenlandske faglitteraturen. Han dekket selv temaet årvåkent i tidsskriftet *Eyr* (10). Da kolerapandemien som fryktet, men forventet, rammet Norge i 1832, var landet forberedt. Holsts orientering mot utlandet gjennom tidsskriftene fikk avgjørende betydning for det norske samfunnets håndtering av koleraen, både da og senere. Frederik Holst bidro til at fagtidsskrifter, norske og utenlandske, ble en integrert informasjonskanal for leges virksomhet.

Fra 1826 fantes det et leseselskap der man abonnerte på og sirkulerte utenlandske medisinske tidsskrifter som Universitetsbiblioteket ikke hadde råd til å holde. Medlemmer av leseselskapet som også brukte biblioteket,



Figur 2: Den tysk-østerrikske legen Johann Peter Frank (1745–1821) etablerte samfunnsmedisin som fag gjennom sitt store verk *System einer vollständigen medicinischen Polizey*, utgitt 1779–1827. Boksettet på bildet har tilhørt Hygienisk Institutt ved Universitetet i Oslo. (Foto: Øivind Larsen)

fikk derfor totalt sett et bredt informasjonsgrunnlag. Koleraen fordret imidlertid også hyppig møtevirksomhet for å dele erfaringer om epidemiens gang. Dette behovet førte til at det som fra 1847 heter *Det norske medicinske Selskab*, formelt ble etablert som forening i 1833, med Holst som en sentral person.

Frederik Holst leste altså utenlandske tidsskrifter ivrig og hentet kunnskap inn. Men brakte han kunnskap fra Norge ut? Publiserte han selv i utenlandske tidsskrifter? Holsts bibliografi (9) viser at både hans lisensiatavhandling (1815) og doktoravhandling (1817) var blitt anmeldt i utlandet, så de var altså blitt lest. Det samme gjaldt andre av hans bøker og artikler, men noen fullstendig oversikt over anmeldelser og referater har vi ikke. Holst skrev lite på ikke-skandinaviske språk. Han hadde en tysk artikkel om radesyke i *Journal der praktischen Heilkunde* (1819) og en engelsk artikkel om norsk medisin i *The British and foreign medical Review* (1837) (2). Blant norske medisinere var Holst imidlertid ikke alene om å ha lite internasjonal publisering før i siste del av 1800-tallet (1). Hans publikasjonsliste viser hans profil som først og fremst en *samler* av kunnskap og som en *iverksetter* med grunnlag i det han har funnet.

Reisevirksomhet

Frederik Holst gjennomførte i sitt lange faglige liv et stort antall, ofte langvarige utenlandsreiser (tabell 1), oftest med offentlig oppdrag og reisestøtte, men han dro også ut på egen kostnad.

Selve det å reise sydover til kontinentet forandret seg betydelig i løpet av Holsts funksjonstid, især i de første årtiene. I krigsårene før 1814 var risikabel båtreise over til Danmark eneste mulighet for å unngå det fiendtlige Sverige. Noe enklere ble det etter fredsslutningen. Var man først kommet til kontinentet, måtte man benytte hestetransport, elvebåter eller annen transport for å komme seg omkring. Dette tok tid, og det var dessuten dyrt. Men så skjedde det noe: Fra slutten av 1820-årene kom regulær *dampskips-trafikk* fra Norge til Danmark i gang. Og allerede fra midten av århundret kunne reiser i Europa skje med *tog*. Kommunikasjonsmessig ble verden en annen i løpet av kort tid.

Mange av datidens akademikers utenlandsreiser gikk inn i gamle tradisjoner om dannelsesreiser for ungdommer som hadde råd og anledning til dette. I den norske medisinske verden i det 19. århundret var studiereiser imidlertid ikke luksus, men en nødvendighet (11–14). Det faglige utbyttet ble ofte gjort tilgjengelig for andre gjennom rapporter og referater. Fra 1840 har vi *Norsk Magazin for Lægevidenskaben*, legetidsskriftet, som med sine 99 årganger ble den førende medisinske informasjonskanal i Norge – med Frederik Holst som medstifter, redaktør og drivende kraft. Nå kunne reisebrev og meddelelser om erfaringer fra utlandet bli publisert i *Magazinet* (15).

Internasjonale konferanser

Med bedre reisemuligheter og den åpenbare faglige nytten av enkeltpersoners reisevirksomhet oppsto tanken om å arrangere *internasjonale, vitenskapelige møter* der fagfolk kunne treffes. Frederik Holst ivret for dette. Han var medarrangør da det første nordiske naturforsker møtet fant sted i Göteborg i 1839.

Naturforsker møtene gikk deretter på omgang i de nordiske landene. I 1844 var turen kommet til Christiania. I alt 92 deltakere var påmeldt fra naturvitenskapelige fag, også fra medisin (16). Konferansereiser som internasjonaliseringsmiddel var nå blitt etablert, også innen medisinen.

Korrespondanse

Brevlig korrespondanse med kolleger er en kommunikasjonsform som ikke må undervurderes i vitenskapshistorien. Telefon ble først utbredt fra sent på 1800-tallet og enkle og rimelige utenlandssamtaler først hundre år senere. Fortidens forskere arbeidet faglig sett ofte ganske isolert. På mange fagom-

1817	september–oktober. Medisinsk undervisning og administrasjon: Stockholm, Uppsala
1819	mai–1821 mai. Hygiene, sinnsykevesen, fattigvesen, fengselsvesen: Danmark Tyskland (Göttingen, Halle, Berlin) Østerrike (Prag, Wien) Frankrike (Paris) Storbritannia Irland
1838	april–september. Fengselssystemer: Storbritannia Irland Belgia Frankrike Sveits Tyskland Danmark
1839	Naturforsker møte: Göteborg
1840	Naturforsker møte: København
1842	Naturforsker møte: Stockholm
1860	Naturforsker møte: København

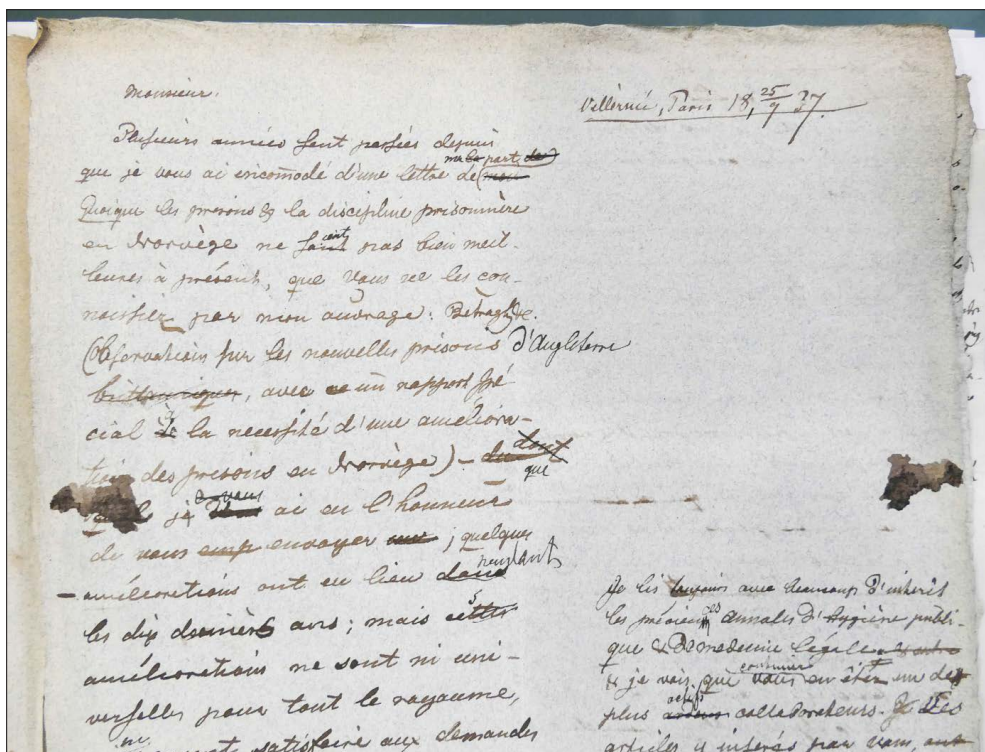
Tabell 1. Frederik Holsts vitenskapelige utenlandsreiser, rubrisert etter tidspunkt, tema og reisemål. Henvisninger til hvor reiseberetninger og andre publikasjoner basert på erfaringer fra reisene er å finne, er angitt i Norges Leger (2,9). I tillegg hadde imidlertid Holst i en årrekke mange kortere utenlandsreiser i vitenskapelig øyemed på egen bekostning. Holst deltok også på de skandinaviske naturforsker møtene i Christiania i 1844 og 1868.

råder var det et behov for kontakter som kan være vanskelig å forestille seg i ettertid, og medisin var et av disse. Da kom *posten* inn i bildet. Men å *skrive* brev med penn og blekk tok lang tid. I Nasjonalbibliotekets håndskriftsamling finnes noen papirer etter Frederik Holst, blant annet en brevkladd på fransk som foruten om brevet som medium, forteller om Holsts internasjonale engasjement (Figur 3). Å *sende* brev kunne også være både dyrt, komplisert og tidkrevende. Men fra 1855 kunne man i Norge i det minste sette frimerker på brev og sende dem av sted (17).

Frederik Holst hadde en utbredt korrespondanse. Hvor omfattende denne må ha vært, ble egentlig først synlig da Holsts farmakologiske virk-

somhet ble nærmere studert (18). Holst gikk i 1824 straks i gang med å bygge opp en farmakologisk samling, et arbeid som stadig økte i omfang, blant annet som en del av hans mangeårige arbeid med å utarbeide en oppdatert, norsk farmakopé.

I 1800-tallets medisin var grunnleggende kunnskaper om droger og deres anvendelse nødvendig for å drive legepraksis. Til dette trengtes preparater for undervisning og til eksamensbruk. Fram til 1866, i hele 42 år, arbeidet Holst med den farmakologiske samlingen. Han etterlot seg en håndskrevet katalog sammen med de fysiske preparatene. I katalogen skrev han også en oversikt over alle sine vitenskapelige korrespondansepartnere innen dette fagområdet (18). Det var én i Sverige, fire i Danmark, 17 i Tyskland, fire i Frankrike, fem i Nederland, to i Belgia, fem i Storbritannia, to i Østerrike (Prag), foruten 24 norske adresser, til sammen 64.



Figur 3. Holst vil oversende en rapport om britiske fengsler til en fransk kollega. Kladd til følgeskriv datert 25. juli 1837. Nasjonalbibliotekets håndskriftsamling. (Foto: Øivind Larsen)

Vitenskapelige selskaper

En innfallspport til Holsts internasjonale kontakter er også hans medlemskap i vitenskapelige selskaper (Tabell 2). Det er vanskelig å vurdere hvilken grad av forbindelse han hadde med de enkelte organisasjonene som er listet opp, men vi må anta at han i det minste i perioder har hatt tette faglige kontakter med kolleger via disse medlemskapene.

1820 Paris, (det medisinske fakultets selskap)
1821 København, Det kgl. Medicinske Selskab
1823 Stockholm, Läkare-Sällskapet
1823 Berlin, (det kirurgiske selskap)
1824 Trondheim, Det kgl. Videnskabers Selskab
1831 Stockholm, Kgl. Vetenskaps-Academien
1834 Paris, (medisinske akademi)
1838 England, (foreningen for provinsialleger)
1841 London, (statistisk selskap)
1842 Hamburg, (legeforeningen i Hamburg)
1842 Baden, (de Badenske medisinalembetsmenns forening)
1842 Belgia, (den belgiske statistiske sentralkommisjon)
1856 Frankfurt, (foreningen for geografi og statistikk)
1856 Storbritannia, (det farmasøytiske selskap)
1857 Christiania, Videnskabs-Selskabet i Christiania
1858 Finland, Finska Läkare-Sällskapet
1854 Lund, Kgl. Fysiografiska Sällskapet

Tabell 2. Frederik Holsts medlemskap i vitenskapelige selskaper og foreninger, ordnet etter år for innmelding (9). (Der sammenslutningens navn i samtiden mangler, står norsk oversettelse i parentes.)

Kunnskap utenfra – eksempel på implementering

Frederik Holst var opptatt av sinnssykepleie og fengselsvesen gjennom hele sitt faglige liv (19, 20). Dette var forsømt felt i Norge. Frederik Holst studerte prinsipper og praksis i utlandet meget nøye med tanke på å forbedre forholdene her hjemme. Fordi mange psykisk syke på hans tid var sterkt urolige, var det mange likhetsspunkter mellom forvaring av slike pasienter og av fanger.

Holst var fra 1820-årene opptatt av asyler bygd etter den såkalte panoptiske modell, der en bygning med fløyer i stråleform ut fra et sentraltårn kunne gjøre det mulig for et begrenset personale å holde orden på et stort antall pasienter. Oversikten og kontrollmulighetene fra tårnet i midten er kjernen i konseptet. I sin innberetning fra 1828 anbefalte Frederik Holst

å velge panoptisk arkitektur for et foreslått sinnssykehus, slik som det var ved asylet i Glasgow fra 1814 (21). Planene ble ikke realisert. Innen bevilgninger og andre forberedelser var i orden, var psykiatrien gått videre. En arkitektur med andre terapeutiske idealer ble valgt, slik Gaustad sykehus kan ses den dag i dag.

Men Holsts grunnidé ble ikke glemt. Hans panoptiske modell ble anvendt da Botsfengslet i Christiania skulle bygges. Fengselet åpnet i 1851 (19–21).

Frederik Holst – hva har vi lært?

Ved begynnelsen av det 19. århundret var norsk medisin og helsevesen lite utviklet. Ved slutten av det samme århundret hadde Norge en medisin og et helsevesen som tålte sammenlikning med de førende land i Europa. Innsamlingen og implementering av kunnskaper og erfaringer utenfra var nøkkelen til dette. Her var Frederik Holst sentral.

Holst utviste betydelig *breddekompetanse* og strategisk innsikt i sitt arbeid for å modernisere Norge ved å være aktiv på en lang rekke felter *samtidig* (9). De strakte seg fra ytterpunkter som å være direksjonsmedlem ved den kgl. Kunst- og Tegneskole i Christiania fra 1822, over medlemskap i Cholera Centralcommissionerne av 1631 og 1847, utarbeidelse av karantene-loven av 1848, forarbeider til det som i 1860 ble Sundhedsloven – til jordnært arbeid som selv å preparere droger og skrive etiketter i den farmakologiske samlingen gjennom årtier (9, 18). Parallelt med dette løp hans formidlingsvirksomhet. Holst samlet harde fakta om helse og samfunn, offentliggjorde dem og benyttet dem som grunnlag for oppbygging av fag og samfunn. Selv om han var lege, hevet han blikket fra enkeltpasientene og så dem i sin sammenheng.

Men både fag og samfunn endret seg etter Holsts tid, slik at hans etterfølgere fikk endrede oppgaver og benyttet andre arbeidsformer (1). Gjennom hele Holsts tid var medisinen preget av at man hadde usikre kunnskaper om årsaksforhold, sykdomsprosesser og spredning av åpenbart overførbare tilstander. Dette var kombinert med behandlingsresultater som ofte var dårlige. Teori, tenkning og innsats på gruppenivå sto sentralt i datidens samfunnsmedisin. Etter rundt 1870 kom utviklingen av laboratoriemedisinen og bedre forståelse av smitteforhold. Sosiale endringer i samfunnet og i selve sykdomsoppfatningen endret også samfunnsmedisinen, en prosess som har pågått til våre dager.

Holsts arbeid med koleraen i 1830-årene var først og fremst en innsats for helseberedskapen. Her kom samfunnsmedisinens bredde inn med full tyngde. Senere er det kommet andre trusler mot liv og helse. En samlende

samfunnsmedisin er neppe lenger så sentral for å bygge bolverk, men er likevel en viktig faglig forutsetning. Å ha *oversikt* er en egen kompetanse.

Samfunnsmedisinsk innsikt var et nødvendig verktøy for norske distriktsleger.

I 1984, på samme tid som distriktslegene ble erstattet med kommuneleger, ble samfunnsmedisin en egen medisinsk spesialitet på linje med andre innenfor spesialisthelsetjenesten. Men samfunnsmedisin som akademisk fag og samfunnsmedisin som spesialitet er ikke det samme. Det akademiske faget samfunnsmedisin skal skape og formidle ny kunnskap som grunnlag for det arbeidet spesialistene i samfunnsmedisin skal utføre, og for utviklingen av de rammene og det regelverket de er underlagt (22, 23).

Nøkkelord både for universitetsfaget og for spesialiteten er *breddeperspektiv* og *gruppeperspektiv*. Hvis vi kan få dette ettertrykkelig inn i både undervisning og praksis også i vår tid, er Frederik Holsts ånd bibeholdt.

Litteratur

1. Larsen Ø. Doktorskole og medisinstudium – Det medisinske fakultet ved Universitetet i Oslo gjennom 200 år (1814–2014). *Michael* 2014; 11: Supplement 15.
2. Larsen Ø. red. *Norges leger 1996*. I–V. Oslo: Den norske legeförening, 1996.
3. Larsen Ø. red. *The shaping of a profession. Physicians in Norway, past and present*. Canton MA: Science History Publications/USA, 1996.
4. Legerollen. *Michael* 2022; 19: 209–325.
5. Larsen Ø. Legerollen – verktøy som må voktes. *Michael* 2022; 19: 215–24.
6. Nylenna M, Larsen Ø. Finnes det en egen norsk medisinsk identitet? *Tidsskrift for Den norske lægeförening* 2005; 125: 1813–1816.
7. Larsen Ø, Nylenna M. red. Frederik Holst – hvem var han? *Michael* 2017; 14: 253–366.
8. Larsen Ø. Frederik Holst – lege, universitetslærer og samfunnsbygger. *Michael* 2021; 18: Supplement 27, 9–15.
9. Larsen Ø. Frederik Holst i *Norges Leger*. *Michael* 2017; 14: 358–62.
10. Nylenna M, Larsen Ø. *Eyr* – portrett av et tidsskrift. *Michael* 2015; 12: Supplement 17.
11. Larsen Ø. Å lære av utlandet. *Michael* 2014; 11: Supplement 15, 129–131.
12. Olsen BO. The professionalization of physicians in nineteenth-century Norway. § 6, Pp. 57–70 in: Larsen Ø. red. *The shaping of a profession. Physicians in Norway, past and present*. Canton MA: Science History Publications/USA, 1996.
13. Olsen BO. Recreation or professional necessity. Pp. 258–275 in: Larsen Ø. red. *The shaping of a profession. Physicians in Norway, past and present*. Canton MA: Science History Publications/USA, 1996.
14. Nylenna M. Specialization and internationalization. Pp. 239–257 in: Larsen Ø. red. *The shaping of a profession. Physicians in Norway, past and present*. Canton MA: Science History Publications/USA, 1996.

15. Kvarenes HW. Travel accounts in the «Norsk Magazin for Lægevidenskaben» 1840–1880. Pp. 276–282 in: Larsen Ø. red. *The shaping of a profession. Physicians in Norway, past and present*. Canton MA: Science History Publications/USA, 1996.
16. Forhandlinger i det medicinske Selskab ved de skandinaviske Naturforskeres fjerde Sammenkomst i Christiania, i Juli Maaned 1844. *NorskMagazin for Lægevidenskaben* 1845; 9: 193–204. <https://www.nb.no/items/a1be8facc05ce69c9e7b2b781661cd27?page=199>
17. Larsen Ø. Private brev som historisk kilde. *Michael* 2023; 20: 226–233.
18. Paulsen BS, Vaalund A, Larsen Ø. red. Professor Frederik Holst og hans drogesamling. *Michael* 2021; 18: Supplement 27.
19. Larsen Ø. Frederik Holst og fengslene. *Tidsskrift for den norske legeforening* 2001; 121; 3556–3560.
20. Larsen Ø. Psykiatrien inn i norsk medisin. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2016; 136: 1060.
21. Larsen Ø. Sykehuset som aldri ble bygd. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 1986; 106: forside, V–IX.
22. Elvbakken KT. *Hygiene som vitenskap; fra politikk til teknikk*. Bergen: Institutt for administrasjon og organisasjonsvitenskap, notat nr. 23, 1995.
23. Elvbakken KT. Physiology and Hygiene in the history of nutrition science: The Norwegian case 1870–1970. *Social history of medicine* 2020–02; 33(1): 288–308.

Øivind Larsen

oivind.larsen@medisin.uio.no

Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo

Øivind Larsen er professor emeritus i medisinsk historie ved Universitetet i Oslo og redaktør av Michael.

Kommunelegefunksjonen og samfunnsmedisinsk arbeid i kommunen

Michael 2024; 21: 324–328

doi:10.5617/michael.11662

Helsedirektoratet har laget utkast til nasjonal veileder for kommunelegefunksjonen. Veilederen understreker kommunelegens tverrsektorielle rolle og viser hvordan kommunene bør bruke sine kommuneleger. Forslaget er sendt på høring med frist 15. oktober 2024.

Helsedirektør Bjørn Guldvog sa følgende i sin forklaring til Koronakommisjonen 22. desember 2021:

«Jeg vil vektlegge at kommunelegene i Norge har gjort en formidabel jobb under pandemien. De har et stort ansvar under en pandemi. [...] Mange kommuneleger har strukket seg langt arbeidstidsmessig. De er også uerstattelige i en del av kommunene. Om kommunelegene ikke kan stå i situasjonen, vil kommunene ha store vanskeligheter med å treffe de beslutningene de har behov for.»

Kommisjonen anbefaler at Helse- og omsorgsdepartementet sørger for at det utarbeides en veileder for kommunelegefunksjonen (1). Høsten 2023 fikk Helsedirektoratet i oppdrag å lage en slik veileder i samarbeid med Folkehelseinstituttet, KS, Legeforeningen og eventuelt også pasient- og brukerorganisasjoner og andre relevante aktører. Oppdraget var å utarbeide en nasjonal veileder for håndtering av kommunenes samfunnsmedisinske oppgaver og for kommunelegens oppgaver og funksjon.

Departementet ba blant annet om at veilederen omtalte kommunelegens organisatoriske plassering, samfunnsmedisinsk kapasitet og kompetanse samt samfunnsmedisinske beredskap. I tillegg skulle veilederen omtale interkommunalt samarbeid om kommunelegefunksjonen.

Veilederen skulle baseres på gjeldende rett. Dette er bakgrunnen for at «kommunelege» er benyttet i høringsutkastet til veilederen, og litt vekslende i denne kronikken. Regjeringen har i Meld. St. 15 (2022–2023) kapittel 10.4 skrevet at regjeringen vil foreslå å endre benevnelsen «kommunelege

til kommuneoverlege i regelverket». Hvis endringen gjennomføres av Stortinget, vil dette også bli endret i veilederen.

Målet er at veilederen skal gjøre det enklere for kommuner å organisere og styrke kommuneoverlegefunksjonen. Dette er viktig for å sikre forsvarlig samfunnsmedisinsk kapasitet, kompetanse og kontinuitet både under normale forhold og i kriser. Veilederen gir en samlet oppsummering av alle lov- og forskriftsbestemmelser som omtaler kommuneoverlegens ansvar, oppgaver og plikter. Videre er det gitt sju anbefalinger til kommunene. Innholdet i disse kan oppsummeres med internkontroll, organisering, kapasitet, kompetanse, beredskap, tverrsektoriell funksjon og interkommunalt samarbeid.

Veilederen skal ikke være en faglig veileder for kommuneoverlegene om hvordan oppgaver skal utføres. Det er derimot en veileder for hvordan kommunen bør bruke kommuneoverlegen sin. Selv om kanskje «internkontroll» er et litt matt, grått, tørt og kjedelig ord, er det likevel én av to røde tråder i veilederen. Den andre røde tråden er kommuneoverlegens tverrsektorielle rolle. De to trådene er flettet og floket sammen i veilederen. Ansvaret for internkontrollen med oppgaver knyttet til kommuneoverlegefunksjonen legges på kommunedirektøren. At kommuneoverlegefunksjonen med dette løftes delvis ut av «helsesektoren», er også bevisst. Kommuneoverlegenes samfunnsmedisinske kompetanse må brukes i hele bredden av kommunens oppgaveportefølje. Kommuneoverlegen skal ivareta en viktig tverrsektoriell funksjon. For at dette skal være mulig, må kommunens ledelse ha kunnskap om oppgaver som er lagt til kommuneoverlegefunksjonen i lov og forskrift, samt god ledelse av egen kommuneoverlegefunksjon.

Flere kommuneoverleger vil nok nikke bekræftende til at kommunens ledelse er lykkelig (?) uvitende om hva arbeidsdagene fylles med. I det ligger det en frihet. Men kommuneoverlegens rolle er for viktig til at vi skal seile vår egen sjø. Anbefalingene peker på at kommuneoverlegen bør sitte så nær «kapteinen og roret» at samfunnsmedisinsk rådgiving kan gis både når kapteinen selv skjønner behovet, og når slik rådgiving må gis uoppfordret. Dette gjelder når skipet driver med havstrømmen på speilblank sjø, når mørke skyer ses i horisonten og når stormkastene river seilene i filler. Blir stormen langvarig, må kapteinen også ha planer for hvordan samfunnsmedisinsk rådgiving skal være tilgjengelig over tid.

Når kommunens ledelse følger opp anbefalingene i veilederen, vil dette også utfordre kommuneoverlegene. Kanskje vil det kreve mer tilstedeværelse, kompetanseheving og at vi involveres i sektorer som vi ellers ikke føler oss så hjemme i. Samtidig er det viktig at kommuneoverlegene deler sin samfunnsmedisinske kompetanse med resten av kommunen, men denne kom-

petansen kan ikke overtas av andre yrkesgrupper. Samfunnsmedisinsk kompetanse er en legekompertanse som kombinerer medisinsk kunnskap og kunnskap om hvordan samfunnsmessige faktorer påvirker helsen til en befolkning. I veilederen foreslås en definisjon på både «samfunnsmedisinsk arbeid» og «samfunnsmedisinsk kompetanse». Direktoratet vil gjennom høringen av veilederen forankre en «offisiell definisjon» av disse begrepene og ikke minst tydeliggjøre skillet fra «folkehelsearbeid» som mange yrkesgrupper vil være involvert i og ha kompetanse innenfor.

Sju anbefalinger

Anbefalingene i veilederen er:

- Kommunen bør ha rutiner for internkontroll med kommunelegefunktjonen.
- Kommunelegen bør være spesialist i samfunnsmedisin eller i spesialisering i samfunnsmedisin.
- Kommunens internkontroll bør beskrive hvordan nødvendig kapasitet i kommunelegefunktjonen skal ivaretas i normalsituasjon og ved kriser.
- Kommunelegefunktjonen bør plasseres slik at den tverrsektorielle rollen ivaretas.
- Kommunen bør ha rutiner for å sikre involvering av kommunelegefunktjonen i det tverrsektorielle folkehelsearbeidet.
- Kommunen bør ha rutiner for å inkludere kommunelegefunktjonen i arbeidet med beredskapsplaner og krisehåndtering.
- Kommuner kan samarbeide med andre kommuner om kommunelegefunktjonen.

Formuleringene er blitt endret mange ganger på veien fram til ferdig høringsutkast. Anbefalingene skal ikke være en delvis gjentakelse av en lovbestemmelse, men heller peke på noe som kommunen aktivt må gjøre knyttet til kommuneoverlegefunktjonen. Derfor er det for eksempel skrevet at kommunen bør ha rutiner for internkontroll, heller enn at kommunen «skal ha internkontroll». Videre er det viktig å huske at disse anbefalingene bare er overskriften. Til hver av anbefalingene er det gitt en utvidet anbefaling, praktisk informasjon og en begrunnelse. Utvidet anbefaling går dypere inn i *hva* kommunen skal gjøre. Praktisk informasjon fokuserer på *hvordan* kommunen kan følge opp anbefalingen og i begrunnelsen ligger *hvorfor*.

Konsekvensene

En av «jokerne» i arbeidet med veilederen har vært departementets pågående revisjonsarbeid av folkehelseloven, smittevernloven og helseberedskapsloven. Reviderte lover vil trolig bli vedtatt i første halvår 2025. Dette *kan* få betydning for innholdet i veilederen.

Skal? Bør? Kan? «Skal-formuleringer» brukes kun der det enten er forankret i lov- eller forskrift eller der det vil være uforsvarlig å ikke følge anbefalingen. Helsedirektoratet gjorde noen kartlegginger av kommuneoverlegefunksjonen i forbindelse med koronapandemien. Dette gav oss øyeblikksbilder. Disse øyeblikksbildene ga ikke grunnlag for å bruke «skal-formuleringer» for noe annet enn det som var forankret i lov- og forskrift.

Tross øyeblikksbilder fra pandemien er det bemerkelsesverdig hvor lite kunnskap vi faktisk har om hvordan kommunene organiserer og bruker sine kommuneoverleger. Helsedirektoratet vil derfor arbeide for at kommunenes KOSTRA-rapportering justeres, slik at den gir bedre kunnskap om kommuneoverlegefunksjonen.

En annen «joker» i kortstokken er den samlede oppgaveporteføljen som er lagt til kommuneoverlegene i lov og forskrift. Kommuneoverlegefunksjonen er omtalt i 73 lov- og forskriftsbestemmelser inkludert beslutning om oppgraving av lik, oppgaver knyttet til spredning av gjødselslam, bruk av plantevernmidler, skadedyrbekjempelse og drikkevannskvalitet. Spennet går fra «sære og spesielle» oppgaver som vi som kommuneoverleger kanskje aldri vil bli utfordret på, til overordnede rådgivingsoppgaver og myndighetsutøvelse som er viktige – hver dag, hele året. Noen bestemmelser er åpenbart utdaterte, andre bør justeres.

Helsedirektoratet skal som et tilleggsoppdrag gjennomgå disse bestemmelsene og gi forslag til endringer der dette vurderes nødvendig. Direktoratet vil også vurdere om det skal gis forslag til endringer i annen lovgivning. Slike forslag blir gitt dersom det må til for at kommuneoverlegens samfunnsmedisinske vurderinger og råd blir en del av kommunens arbeid og saksbehandling der det er nødvendig.

Framtiden

Ambisjonen med veilederen er at den skal hindre uønsket variasjon og sikre god kvalitet i kommuneoverlegefunksjonen. Dette vil kreve mye både av kommunens ledelse og kommuneoverlegene. Men de er ikke alene om å måtte jobbe videre med dette. For når veilederen etter planen blir publisert i starten av 2025, kan *ikke* direktoratet og departementet anse utfordringen fra Koronakommisjonen som løst. Vi har da i beste fall kastet loss og lagt

fra kai. Veilederen må implementeres, regelverk må justeres og kunnskapsgrunnlaget om kommunenes bruk av kommuneoverlegene må på plass.

Høringsfristen er 15. oktober 2024.

Litteratur

1. Norges offentlige utredninger. *Myndighetenes håndtering av koronapandemien – del 2 – Rapport fra Koronakommisjonen*. NOU 2022: 5 – del 2.
2. *Kommunelegefunksjonen og samfunnsmedisinsk arbeid i kommunene*. Høringsutkast. Oslo: Helsedirektoratet, 2024. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/kommunelegefunksjonen>

Cato Innerdal
cato.innerdal@helsedir.no
Postboks 220 Skøyen
0213 Oslo

Cato Innerdal er seniorrådgiver i Helsedirektoratet og kommuneoverlege i Molde kommune. Han har ledet arbeidet med nasjonal veileder for kommunelegefunksjonen og samfunnsmedisinsk arbeid i kommunen.

Veilederatferd og opplevd læringsutbytte ved klinisk veiledning av medisinstudenter

Michael 2024; 21: 329–343
doi:10.5617/michael.11663

Bakgrunn: Kliniske veilederes pedagogiske ferdigheter har stor betydning for studenters læring. Vi undersøkte hva slags veilederatferd som ga medisinstudenter i Norge og norske medisinstudenter i utlandet en opplevelse av godt læringsutbytte ved veiledning i forbindelse med kliniske pasientmøter (klinisk veiledning).

Materiale og metode: I en nettbasert spørreundersøkelse evaluerte studentene 14 påstander om veilederatferd, gruppert som rollemodellering, coaching, artikulering, utforskning og trygt læringsmiljø samt selvopplevd læringsutbytte, alle på skala 1–5. Sammenhenger mellom veilederatferd og selvopplevd læringsutbytte ble undersøkt med lineær regresjonsanalyse.

Resultater: Vi inkluderte 457 besvarelser, 231 (50,5 %) fra medisinstudenter i Norge og 226 (49,5 %) fra norske medisinstudenter i utlandet. Blant medisinstudenter i Norge var det sammenheng mellom godt læringsutbytte og rollemodellering, Beta = 0,33 (95 % konfidensintervall 0,18–0,48), coaching, Beta = 0,28 (0,08–0,47), og trygt læringsmiljø, Beta = 0,18 (0,00–0,35). Blant norske medisinstudenter i utlandet var det sammenheng for rollemodellering, Beta = 0,34 (0,15–0,53), og trygt læringsmiljø, Beta = 0,21 (0,01–0,41).

Fortolkning: Medisinstudenter verdsatte veiledere som demonstrerte kliniske ferdigheter og profesjonalitet (rollemodellering), som observerte studenten og ga råd og tilbakemeldinger underveis i læringssituasjonen (coaching), og som skapte et trygt læringsmiljø.

Veiledning i forbindelse med kliniske pasientmøter (klinisk veiledning) skal bidra til at medisinstudenter utvikler klinisk kompetanse ved å bruke teoretisk kunnskap, kommunikasjonsferdigheter, klinisk resonnement, klinisk beslutningslære og praktiske ferdigheter. Ifølge The International Association

for Health Profession Education (AMEE) bør en god veileder gi tilbakemeldinger, integrere teori og praksis, engasjere til felles problemløsning, være oppmuntrende og fremstå som en god rollemodell (1). En god veileder har klinisk kunnskap, entusiasme, effektive kommunikasjonsevner, teknisk kompetanse og et positivt forhold til studenter (2–4).

På norsk skiller vi ofte mellom veiledning og supervisjon (5). Veiledning er refleksjon, rådgivning og oppfølging av faglig utvikling i samtale med en veileder med nødvendig kompetanse og foregår utenom selve yrkesutøvelsen. Supervisjon er bistand, råd og vurdering i konkrete arbeidssituasjoner. I denne artikkelen bruker vi begrepet veiledning om både veiledning og supervisjon.

Leger i spesialisering lærer av og verdsetter kliniske veiledere som diskuterer og reflekterer sammen med dem, og bruker tid på å gi tilbakemeldinger (6–9). Hvordan medisinstudenters opplevelse av læring påvirkes av veilederes atferd, er mindre undersøkt. Sannsynligvis ligner medisinstudentene på nyutdannede leger i hva slags veilederatferd de opplever som nyttig. Men det kan også være forskjeller, siden nyutdannede leger har mer teoretisk kunnskap og praktisk erfaring. En kanadisk studie fant at engasjerende og aktivt involverende undervisere bidro til bedre opplevd læringsutbytte (10), og i en studie fra Irland opplevde studentene god læring dersom de aktivt ble involvert i pasienthåndtering og ble motivert av underviseren til å utføre kliniske prosedyrer og diskutere behandlingsopplegg (11). Lignende funn er gjort i en norsk studie (12).

Disse funnene kan ses i lys av læringsmodellen *cognitive apprenticeship* (13, 14) som er basert på en teori om «situert læring» – det vil si at læring i høy grad avhenger av den sammenhengen den enkelte lærer i (15). *Cognitive apprenticeship* ble utviklet av Collins og medarbeidere og omhandler relasjonen mellom nykommere (studenter) og erfarne (kliniske veiledere). Nykommerne skal utvikle selvstendig kompetanse gjennom å utføre aktiviteter i den settingen aktivitetene vanligvis utføres, ved hjelp av kunnskapen de har fra før, og sammen med erfarne aktører (13). Underviseren legger til rette for et godt læringsutbytte ved å benytte seks spesifikke undervisningsmetoder (engelske termer i parentes) som skal stimulere både kognitive og metakognitive prosesser, og dermed bidra til aktiv læring: rollemodellering (modeling), coaching (coaching), stillasbygging (scaffolding), artikulering (articulation), refleksjon (reflection) og utforskning (exploration).

Det er forsket lite på hva slags veilederatferd medisinstudentene synes er nyttig. Selv om det er rimelig å anta at dette ligner på hva som verdsettes av leger i spesialisering, vil forskning kunne bidra til innsikt i studentenes selvopplevde læringsutbytte og dermed informere kliniske veiledere om

hvilke veilederferdigheter studentene opplever som nyttige. Å møte studentene på deres opplevelse og forklare hvorfor man møter eller ikke møter deres ønsker og forventninger, kan gi bedre relasjoner mellom veiledere og studenter og derigjennom forbedre den kliniske veiledningen på medisinstudiet.

Formålet med denne studien var å undersøke hva slags veilederatferd som ga medisinstudenter i Norge og norske medisinstudenter i utlandet en opplevelse av godt læringsutbytte ved klinisk veiledning.

Materiale og metode

Design og rekruttering

Vi valgte å gjennomføre en tverrsnittstudie basert på en spørreundersøkelse på internett. Studien var en del av en større studie blant medisinstudenter internasjonalt (16, 17). Vi sendte en invitasjon med lenke til spørreundersøkelsen via e-post til medisinstudenter i Norge og norske medisinstudenter i utlandet, i hovedsak begrenset til Europa. Invitasjonen ble sendt ut i mars 2020 i samarbeid med Norsk medisinstudentforening (Nmf) og International Federation of Medical Students Associations (IFMSA). I tillegg ble enkeltpersoner oppfordret til å dele lenken til undersøkelsen i kullgrupper på sosiale medier. Påminnelser ble sendt ut to ganger før undersøkelsen stengte i oktober 2020. I vår del av studien inkluderte vi medisinstudenter i Norge og norske medisinstudenter i utlandet (begrenset til Europa) som hadde begynt med klinisk veiledning, definert som deltakelse i praktisk pasientkontakt og ferdighetsrettet undervisning under veiledning av en fagperson.

Spørreundersøkelsen

Spørreundersøkelsen var på engelsk, og det tok om lag ti minutter å besvare den. Studentene skulle ta utgangspunkt i den *siste* kliniske veiledningen de hadde hatt, for å besvare spørsmålene. Settingen skulle være pasientrelatert, og klinisk veiledning ble definert som et møte mellom student og annet helsepersonell der målet er å forbedre studentens kliniske ferdigheter og samtidig ivareta pasientsikkerheten og gi behandling og omsorg av høy kvalitet. Ett av elementene i spørreundersøkelsen var the Maastricht Clinical Teaching Questionnaire (MCTQ), som tar utgangspunkt i læringsmodellen *cognitive apprenticeship* (18, 19). MCTQ er et validert instrument for evaluering av klinisk veiledning og for å gi tilbakemelding til kliniske veiledere (14, 19). I løpet av utviklingen og valideringen av MCTQ som instrument ble spørsmålene om undervisningsmetodene stillasbygging og refleksjon tatt ut, mens spørsmål om læringsmiljø ble tatt inn (18, 19).

MCTQ består av 14 påstander som besvares på en Likert-skala med svaralternativene helt uenig, litt uenig, verken uenig eller enig, litt enig og helt enig (tabell 1). Disse blir gjort om til tallverdier 1–5, og de 14 påstandene grupperes til fem skalaer: rollemodellering, coaching, artikulering, utforskning, og trygt læringsmiljø (19). Tallverdien for hver skala beregnes som gjennomsnittet av tallverdiene for svarene til påstandene som inngår i skalaen.

Skala	Påstander i spørreundersøkelsen <i>The clinical teacher ...</i>
Rollemodellering	Consistently demonstrated how to perform clinical skills.
	Created sufficient opportunities for me to observe him/her.
	Served as a role model as to the kind of doctor I would like to become.
Coaching	Gave useful feedback during or immediately after direct observation of my patient encounters.
	Adjusted his/her teaching activities to my level of experience.
	Offered me sufficient opportunities to perform activities independently.
Artikulering	Asked me to provide a rationale for my actions.
	Asked me questions aimed at increasing my understanding.
	Stimulated me to explore my strengths and weaknesses.
Utforskning	Encouraged me to formulate learning goals.
	Encouraged me to pursue my learning goals.
Trygt læringsmiljø	Created a safe learning environment.
	Was genuinely interested in me as a student.
	Showed that he/she respected me.

Påstandene ble besvart på en Likert-skala med svaralternativene helt uenig, litt uenig, verken uenig eller enig, litt enig, og helt enig. Disse blir gjort om til tallverdier 1–5.

Tabell 1. The Maastricht Clinical Teaching Questionnaire (MCTQ). Etter Stalmeijer og medarbeidere (19).

Variabler og utfallsmål

Vi registrerte MCTQ-svarene, alder, kjønn, studieår og i hvilken grad veileder var til stede (ikke i det hele tatt, mindre enn halvparten av tiden, mer enn halvparten av tiden, hele tiden; omgjort til tallverdier 1–4). Utfallsmålet var studentenes svar på et spørsmål der de vurderte det opplevde læringsutbyttet fra den siste kliniske veiledningen sammenlignet med annen klinisk veiledning (dårlig, greit, godt, veldig godt, fremragende; omgjort til tallverdier 1–5).

Statistikk

Analysene ble gjort i SPSS 29. For å undersøke sammenhengen mellom studentenes opplevde læringsutbytte og vurdering av veilederatferd gjorde vi separate lineære regresjonsanalyser, én for medisinstudenter i Norge og én for norske medisinstudenter i utlandet. Opplevd læringsutbytte var avhengig variabel. MCTQ-skalaene og i hvilken grad veileder var til stede var uavhengige variabler. Vi gjorde først enkle lineære regresjonsanalyser, og kun variabler med $p < 0,20$ ble tatt videre til multippel analyse. I tillegg kontrollerte vi for alder, kjønn og studieår. Beta-koeffisienten i analysene viser hvor mye én enhets økning i den uavhengige variabelen påvirker den avhengige variabelen.

Etikk

Studentene ble rekruttert frivillig. De ble informert om hensikten med studien og at dataene ble samlet inn anonymt, og de samtykket til deltakelse ved å klikke på sendknappen. Siden undersøkelsen var anonym, var ingen formell godkjenning nødvendig (NSD ref. nr. 235211).

Resultater

Vi inkluderte 457 besvarelser, hvorav 231 (50,5 %) fra medisinstudenter i Norge og 226 (49,5 %) fra norske medisinstudenter i utlandet (tabell 2). Det var totalt 332 kvinner (72,6 %). Median alder var 25 år.

	Medisinstuderter i Norge n (%)	Norske medisin- studenter i utlandet n (%)	Totalt n (%)
Kvinner	187 (81,0)	145 (64,2)	332 (72,6)
Alder ^a	24 (23–27)	25 (23–26)	25 (23–27)
Studieår			
1. år	26 (11,3)	1 (0,4)	27 (5,9)
2. år	28 (12,1)	8 (3,5)	36 (7,9)
3. år	29 (12,6)	36 (15,9)	65 (14,2)
4. år	40 (17,3)	65 (28,8)	105 (23,0)
5. år	49 (21,2)	61 (27,0)	110 (24,1)
6. år	59 (25,5)	55 (24,3)	114 (24,9)
Totalt	231 (100)	226 (100)	457 (100)

^aMedian (interkvartilområde).

Tabell 2. Kjønn, alder og studieår blant medisinstuderter som deltok i spørreundersøkelsen om klinisk veiledning.

MCTQ-svarene for veilederatferdene lå i området 3,6–4,2 for medisinstuderter i Norge og i området 3,6–3,7 for norske medisinstuderter i utlandet, med unntak for utforsking som lå lavere i begge grupper (tabell 3).

	Medisinstuderter i Norge gjennomsnitt (standardavvik)	Norske medisinstuderter i utlandet gjennomsnitt (standardavvik)
Rollemodellering	3,8 (0,9)	3,7 (1,1)
Coaching	4,1 (0,9)	3,7 (1,0)
Artikulering	3,6 (1,0)	3,6 (0,9)
Utforsking	2,6 (1,2)	2,8 (1,2)
Trygt læringsmiljø	4,2 (0,8)	3,6 (1,1)

Veilederatferdvurderingen er basert på 14 påstander om hvorvidt ønskede trekk ved veileders atferd spesifisert i the Maastricht Clinical Teaching Questionnaire (MCTQ) ble vist ved forrige kliniske veiledning, besvart på en Likert-skala med svaralternativene helt uenig, litt uenig, verken uenig eller enig, litt enig, helt enig; omgjort til tallverdier 1–5 (jfr. tabell 2).

Tabell 3. Medisinstudenters vurdering av veilederatferd.

Blant medisinstuderer i Norge var det positiv sammenheng mellom opplevd læringsutbytte og veilederatferdene rollemodellering, Beta = 0,33 (95 % konfidensintervall 0,18–0,48), coaching, Beta = 0,28 (0,08–0,47), og trygt læringsmiljø, Beta = 0,18 (0,00–0,35) (tabell 4). Blant norske medisinstuderer i utlandet var det positiv sammenheng mellom opplevd læringsutbytte og veilederatferden rollemodellering, Beta = 0,34 (0,15–0,53), og trygt læringsmiljø, Beta = 0,21 (0,01–0,41) (tabell 5).

	Enkel lineær regresjon		Multipl lineær regresjon	
	Beta-koeffisient	95 % konfidensintervall for Beta-koeffisienten	Beta-koeffisient	95 % konfidensintervall for Beta-koeffisienten
Alder	0,02	-0,03–0,07	0,10	-0,03–0,05
Kjønn ^a	-0,10	-0,44–0,25	-0,02	-0,28–0,24
Studieår	0,00	-0,81–0,82	0,04	-0,04–0,12
Rollemodellering	0,57	0,44–0,70	0,33	0,18–0,48
Coaching	0,63	0,49–0,77	0,28	0,08–0,47
Artikulering	0,44	0,31–0,57	0,09	-0,07–0,25
Utforskning	0,30	0,20 – 0,41	0,04	-0,09–0,16
Trygt læringsmiljø	0,57	0,42–0,71	0,18	0,00–0,35
Veileders tilstedeværelse	0,07	-0,07–0,22		

Beta-koeffisienten viser hvor mye én enhets økning i den uavhengige variabelen påvirker den avhengige variabelen (opplevd læringsutbytte).

Uthevet Beta-koeffisient angir statistisk signifikant sammenheng.

Alder, kjønn og studieår var med som kontrollvariabler i den multiple lineære regresjonsanalysen. Ellers ble kun uavhengige variabler med $p < 0,20$ i den enkle lineære regresjonsanalysen tatt med i den multiple.

^aBeta-koeffisient for kvinner, sammenlignet med menn.

Tabell 4. Sammenheng mellom opplevd læringsutbytte og veilederatferd ved klinisk veiledning av medisinstuderer i Norge.

	Enkel lineær regresjon		Multipel lineær regresjon	
	Beta-koeffisient	95 % konfidensintervall for Beta-koeffisienten	Beta-koeffisient	95 % konfidensintervall for Beta-koeffisienten
Alder	-0,03	-0,09–0,04	0,00	-0,06–0,06
Kjønn ^a	-0,03	-0,34–0,28	0,02	-0,24–0,28
Studieår	-0,05	-0,18–0,08	0,01	-0,11–0,13
Rollemodellering	0,61	0,50–0,73	0,34	0,15–0,53
Coaching	0,60	0,47–0,72	0,08	-0,13–0,30
Artikulering	0,54	0,38–0,69	0,06	-0,15–0,27
Utforskning	0,40	0,29–0,52	0,06	-0,09–0,20
Trygt læringsmiljø	0,59	0,48–0,70	0,21	0,01–0,41
Veileders tilstedeværelse	0,27	0,12–0,42	0,02	-0,12–0,15

Beta-koeffisienten viser hvor mye én enhets økning i den uavhengige variabelen påvirker den avhengige variabelen (opplevd læringsutbytte).

Uthevet Beta-koeffisient angir statistisk signifikant sammenheng.

Alder, kjønn og studieår var med som kontrollvariabler i den multiple lineære regresjonsanalysen. Ellers ble kun uavhengige variabler med $p < 0,20$ i den enkle lineære regresjonsanalysen tatt med i den multiple.

^aBeta-koeffisient for kvinner, sammenlignet med menn.

Tabell 5. Sammenheng mellom opplevd læringsutbytte og veilederatferd ved klinisk veiledning av norske medisinstudenter i utlandet.

Diskusjon

Et trygt læringsmiljø og veilederatferden rollemodellering hadde positiv sammenheng med opplevd læringsutbytte blant både medisinstudenter i Norge og norske medisinstudenter i utlandet. For medisinstudenter i Norge var det også en positiv sammenheng med veilederatferden coaching.

Trygt læringsmiljø

Et trygt læringsmiljø er ansett som en forutsetning for god klinisk veiledning (14, 20, 21). Flere studier fremhever tilrettelegging for et positivt og konstruktivt læringsmiljø som et kjennetegn ved gode veiledere (12, 14, 22, 23). Selv om effektstørrelsen var liten i den positive sammenhengen vi fant mellom trygt læringsmiljø og opplevd læringsutbytte, er den i tråd med andres funn og gjeldende teori på feltet. Dornan og medarbeidere legger stor vekt på læringsmiljøet i sin teori om erfaringsbasert læring (*experience based learning – ExBL*) (24, 25), hvor studentene deltar aktivt i ekte kliniske situasjoner og med ulike typer støtte fra læringsmiljøet for å utvikle klinisk kompetanse (kognitive, praktiske og affektive ferdigheter). Forholdene må legges organisatorisk til rette for læring i form av tid, rutiner og ressurser. I den pedagogiske støtten fra veilederne er rollemodellering og coaching

viktig. Affektiv støtte gis ved at veiledere og øvrig personell er sosialt inkluderende, viser vennlig interesse for studentene og inviterer dem til å delta i faglige diskusjoner og kliniske aktiviteter. Læring i klinisk praksis påvirker studentenes tankegang, fagforståelse, selvforståelse, selvtillit, verdisyn og personlighet i komplekse sosialiseringprosesser som utgjør profesjonell identitetsdannelse. Affektiv støtte er sentralt for at læring internaliseres, og for at studenten utvikler sin profesjonalitet og blir «en av oss» – altså lege.

Rollemodellering

Rollemodellering hadde den tydeligste positive sammenhengen med opplevd læringsutbytte i vår studie, og er også tidligere vist å være viktig for læring (24–26). Rollemodellen hjelper studenten til å danne et bilde av ønsket klinisk atferd som studenten kan bruke som et indre bilde i videre utvikling av egen atferd som kliniker (27). Dette kan også knyttes opp mot teorien om *cognitive apprenticeship* og situert læring, som beskriver at læring oppstår i en dynamisk interaksjon mellom den som lærer, og miljøet rundt, inkludert den som underviser (13, 14, 20). Studenter setter særlig pris på veiledere som forklarer hva som gjøres, og hvorfor det gjøres mens aktiviteten vises frem (14).

Cruess og medarbeidere hevder at god klinisk kompetanse må ligge til grunn for å kunne vise god kunnskap og gode ferdigheter i en klinisk setting (28). Veilederens kommunikasjonsferdigheter er viktig for å bli ansett som en god rollemodell. Det samme gjelder studentsentrert tilnærming med åpenhet for spørsmål og studentrefleksjoner (28). Entusiasme for å undervise, omtanke for pasientene og integritet er også trukket frem som viktige personlige kvaliteter for gode rollemodeller ved klinisk veiledning (22, 28–30). Affektiv støtte kan ses som et gjennomgående element i disse beskrivelsene av den gode veilederen (24, 25).

Coaching

En veileder med gode ferdigheter innen coaching bistår og observerer studentene i kliniske situasjoner og gir tilbakemeldinger som hjelper studenten i å reflektere rundt egen kunnskap og eget forbedringspotensial (13, 14). Tilbakemeldinger beriker læringsopplevelsen, reduserer gapet mellom nåværende og ønskede ferdigheter, forsterker god praksis og er viktig for å øke studentenes motivasjon for forbedring (31).

Norske medisinstudenter har etterlyst mer tilbakemelding (32). Dette kan kanskje forbedres ved å formalisere tilbakemeldingene fra veileder til studenter via skjema som *Mini-Clinical Evaluation Exercise (Mini-CEX)* eller *Direct Observation of Procedural Skills (DOPS)*, formative vurderings-

og tilbakemeldingsverktøy for gjennomføring av kliniske undersøkelser og pasientsamtaler, som er vist å ha positiv virkning på klinisk prestasjon (33). Forutsetningene er at både student og veileder er kjent med skjemaet, og at veilederen på forhånd har planlagt den kliniske situasjonen og at det er satt av nok tid. En annen mulighet er å bruke evalueringsverktøy for den kliniske veiledningen, for eksempel MCTQ (18, 19), slik at studenter systematisk gir sine veiledere tilbakemeldinger.

Annen veilederatferd

Som enkeltvariabler viste artikulering og utforskning positiv sammenheng med opplevd læringsutbytte, men de var ikke signifikante i den multiple regresjonsanalysen. Det er godt mulig at studentene opplever at artikulering og utforskning inngår i kvalitetene hos en veileder som tilrettelegger for et trygt læringsmiljø, og har gode ferdigheter som rollemodell og coach (22–26, 28–30). Det kan også se ut til at mulighetene for artikulering og utforskning krever lengre utplasseringer i praksis og utvikling av en stabil relasjon mellom veileder og student over tid (14, 20). Hvor langt studentene var kommet i studiet, virket ikke inn på hva de opplevde som god veilederatferd. Dette er også i tråd med Dornan og medarbeideres teori om *experience based learning*, som ble utviklet for å kunne si noe om hva som kjennetegner god klinisk veiledning, uavhengig av studentenes erfaringsbakgrunn og lengden på utplasseringen (24, 25). De fant at det støttende, trygge læringsmiljøet med inkluderende veiledere som er gode rollemodeller, er helt sentralt.

Forskjeller Norge og utlandet

Medisinstudenter i Norge og norske medisinstudenter i utlandet var ganske like i hva de verdsatte. Imidlertid hadde coaching sammenheng med opplevd læringsutbytte blant medisinstudenter i Norge, men ikke blant norske medisinstudenter i utlandet. Forskjellen opptrådte kun i den justerte analysen, og sammenhengene var ganske lik gruppene imellom i de univariate analysene. Vi kjenner ikke de utenlandske studiestedene og er usikre på betydningen av dette funnet. Den eneste forskjellen vi ellers fant, var at flere av studentene i Norge kun hadde studert i ett eller to år. De to første årene regnes vanligvis som prekliniske år, men alle studiestedene i Norge har opplegg for tidlig pasientkontakt (34), og vi antar at det er fra slik undervisning disse studentene har rapportert. I vår studie fant medisinstudenter i Norge og norske medisinstudenter i utlandet ønsket veilederatferder framvist med MCTQ-skårer i området 2,6–4,2. Dette er lavere skårer enn det som er rapportert blant medisinstudenter i Irland (gjennomsnitt 4,5) og Bahrain (4,3–4,5) (35, 36).

Styrker og svakheter

Vi fikk inn mange besvarelser, både fra medisinstudenter i Norge og norske medisinstudenter i utlandet, og vår studie er en av få som sammenligner disse gruppene. På grunn av måten rekrutteringen ble gjort på, vet vi ikke hvor mange studenter som fikk tilsendt invitasjonen. Dermed kjenner vi heller ikke responsraten, men dersom vi legger tall fra 2018 til grunn (37), har vi svar fra 6 % av medisinstudenter i Norge og 7 % av norske medisinstudenter i utlandet. Det er usikkert om utvalget er representativt. Flere av studentene som er engasjert i klinisk veiledning eller er svært misfornøyde, kan ha tatt seg tid til å besvare undersøkelsen.

Ved å ta utgangspunkt i den siste kliniske veiledningen studentene deltok i, er det mer sannsynlig at de husket sine opplevelser, og dermed svarte ut fra ferske refleksjoner. Imidlertid ble ikke studentene bedt om å reflektere spesifikt over sammenhengen mellom veilederatferd og godt læringsutbytte, verken ved den siste kliniske veiledningen eller generelt.

Vi ba studentene vurdere det opplevde læringsutbyttet sammenlignet med annen klinisk veiledning. Svarene vil dermed påvirkes av kvaliteten på den øvrige veiledningen studentene har erfaring med. Dermed kan en ganske bra veiledning vurderes dårlig dersom annen veiledning er fremragende, og omvendt. Følgelig kan vi ikke uttale oss om absolutte forskjeller. Forankringen i øvrig erfaring vil likevel få fram relative forskjeller som vi mener kan si noe om hva slags veilederatferd som gir bedre eller dårligere opplevd læringsutbytte.

Vi valgte å analysere medisinstudenter i Norge og norske medisinstudenter i utlandet hver for seg. Utenlandsgruppen er sannsynligvis langt mer heterogen siden de mange studieløpene i utlandet er mer ulike seg imellom enn de innenlandske. At rollemodellering og trygt læringsmiljø er signifikante i begge gruppene, styrker generaliserbarheten av disse funnene. Rollemodellering, coaching og trygt læringsmiljø er også funnet å ha sammenheng med godt opplevd læringsutbytte blant farmasistudenter og sykepleiestudenter (38–40).

Studien er deskriptiv og kan ikke si noe om årsakssammenhenger. Utfalls-målet vårt var studentenes selvopplevde læringsutbytte som ikke nødvendigvis er det samme som den reelle læringseffekten.

Konklusjon

Medisinstudenter verdsetter veiledere som viser frem kliniske ferdigheter og profesjonalitet (rollemodellering), observerer studenten og gir råd og tilbakemeldinger underveis i læringssituasjonen (coaching), og tilrettelegger for et trygt læringsmiljø. Veiledere kan skape et trygt læringsmiljø gjennom

vennlig interesse for studentene og ved å invitere dem inn i faglige diskusjoner og kliniske aktiviteter. Dermed etableres affektiv støtte for studenten, som er en nøkkel for klinisk læring og profesjonalt utvikling.

Litteratur

1. Kilminster S, Cottrell D, Grant J et al. AMEE Guide No. 27: Effective educational and clinical supervision. *Medical Teacher* 2007; 29: 2–19.
2. Sutkin G, Wagner E, Harris I et al. What makes a good clinical teacher in medicine? A review of the literature. *Academic Medicine* 2008; 83: 452–466.
3. Bannister SL, Raszka WV jr., Maloney CG. What makes a great clinical teacher in pediatrics? Lessons learned from the literature. *Pediatrics* 2010; 125: 863–865.
4. Alsultan M. What makes an effective clinical trainer? *Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation* 2011; 22: 1229–35.
5. Nylenna M. Veiledning eller supevisjon? *Tidsskrift for Den norske legeförening* 2018; 138: 1167.
6. Kilroy DA. Clinical supervision in the emergency department: a critical incident study. *Emergency Medicine Journal* 2006; 23: 105–108.
7. Khera N, Stroobant J, Primhak RA et al. Training the ideal hospital doctor: the specialist registrars' perspective. *Medical Education* 2001; 35: 957–966.
8. Grant J, Kilminster S, Jolly B et al. Clinical supervision of SpRs: where does it happen, when does it happen and is it effective? *Medical Education* 2003; 37: 140–148.
9. Piquette D, Tarshis J, Regehr G et al. Effects of clinical supervision on resident learning and patient care during simulated ICU scenarios. *Critical Care Medicine* 2013; 41: 2705–2711.
10. Piquette D, Mylopoulos M, LeBlanc VR. Clinical supervision and learning opportunities during simulated acute care scenarios. *Medical Education* 2014; 48 : 820–830.
11. Gouda P, Fanous S, Gouda J et al. Paediatric learning in a clinical attachment: undergraduate medical students' perspectives. *Irish Journal of Medical Science* 2016; 185: 413–21.
12. Gran SF, Brænd AM, Lindbæk M et al. General practitioners' and students' experiences with feedback during a six-week clerkship in general practice: a qualitative study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 2016; 34: 172–179.
13. Collins A, Brown JS, Newman SE. *Cognitive apprenticeship: teaching the craft of reading, writing and mathematics (Technical report no. 403)*. Urbana, Ill, USA: Center for the Study of Reading, University of Illinois; 1987.
14. Stalmeijer RE, Dolmans DH, Wolfhagen IH et al. Cognitive apprenticeship in clinical practice: can it stimulate learning in the opinion of students? *Advances in Health Sciences Education and – Theory and Practice* 2009; 14: 535–546.
15. Lave J, Wenger E. *Situated learning: legitimate peripheral participation*. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 1991.
16. Thyness C, Grimstad H, Steinsbekk A. Psychological safety in European medical students' last supervised patient encounter: a cross-sectional survey. *PLoS One* 2023; 18: e0285014.

17. Thyness C, Steinsbekk A, Andersson V et al. What aspects of supervised patient encounters affect students' perception of having an excellent learning outcome? A survey among European medical students. *Advances in Medical Education and Practice* 2023; 14: 475–485.
18. Stalmeijer RE, Dolmans DH, Wolfhagen IH et al. The development of an instrument for evaluating clinical teachers: involving stakeholders to determine content validity. *Medical Teaching* 2008; 30: e272–7.
19. Stalmeijer RE, Dolmans DH, Wolfhagen IH et al. The Maastricht Clinical Teaching Questionnaire (MCTQ) as a valid and reliable instrument for the evaluation of clinical teachers. *Academic Medicine* 2010; 85: 1732–1738.
20. Stalmeijer RE, Dolmans DH, Snellen-Balendong HA et al. Clinical teaching based on principles of cognitive apprenticeship: views of experienced clinical teachers. *Academic Medicine* 2013; 88: 861–865.
21. Kilminster SM, Jolly BC. Effective supervision in clinical practice settings: a literature review. *Med Educ* 2000; 34: 827–840.
22. Lombarts KM, Heineman MJ, Arah OA. Good clinical teachers likely to be specialist role models: results from a multicenter cross-sectional survey. *PLoS One* 2010; 5: e15202.
23. Burgess A, Oates K, Goulston K. Role modelling in medical education: the importance of teaching skills. *Clinical Teaching* 2016; 13: 134–137.
24. Dornan T, Tan N, Boshuizen H et al. How and what do medical students learn in clerkships? Experience based learning (ExBL). *Advances in Health Science and Education – Theory and Practice* 2014; 19: 721–749.
25. Dornan T, Conn R, Monaghan H et al. Experience Based Learning (ExBL): clinical teaching for the twenty-first century. *Medical Teaching* 2019; 41: 1098–1105.
26. Jochensen-van der Leeuw HG, van Dijk N, van Etten-Jamaludin FS et al. The attributes of the clinical trainer as a role model: a systematic review. *Academic Medicine* 2013; 88: 26–34.
27. Kaufman DM, Mann KV. Teaching and learning in medical education: how theory can inform practice. I Swanwick T, red. *Understanding medical education: evidence, theory and practice*. 2. utg. Chichester, UK: Wiley Blackwell; 2014.
28. Cruess SR, Cruess RL, Steinert Y. Role modelling: making the most of a powerful teaching strategy. *BMJ* 2008; 336: 718–721.
29. Wright S, Wong A, Newill C. The impact of role models on medical students. *Journal of General Internal Medicine* 1997; 12: 53–56.
30. Wright SM, Kern DE, Kolodner K et al. Attributes of excellent attending-physician role models. *New England Journal of Medicine* 1998; 339: 1986–1993.
31. Burgess A, van Diggele C, Roberts C et al. Feedback in the clinical setting. *BMC Medical Education* 2020; 20 (Suppl 2): 460.
32. NOKUT. Studiebarometeret 2022. https://www.studiebarometeret.no/no/student/studieprogram/1110_medisin/tidsserie Lest 5.4.2023.
33. Lorwald AC, Lahner FM, Nouns ZM et al. The educational impact of Mini-Clinical Evaluation Exercise (Mini-CEX) and Direct Observation of Procedural Skills (DOPS) and its association with implementation: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2018; 13: e0198009.

34. Simmenroth A, Harding A, Vallersnes OM et al. Early clinical exposure in undergraduate medical education: a questionnaire survey of 30 European countries. *Medical Teaching* 2023; 45: 426–432.
35. Kelly M, Bennett D, McDonald P. Evaluation of clinical teaching in general practice using the Maastricht Clinical Teaching Questionnaire. *Medical Teaching* 2012; 34: 1089.
36. Al Ansari A, Tabbara KS. Evaluating the reliability and validity of the Maastricht Clinical Teaching Questionnaire in Bahrain. *Oman Medical Journal* 2019; 34: 427–433.
37. Grimstadutvalget. *Studieplasser i medisin i Norge: behov, modeller og muligheter*. Oslo: Kunnskapsdepartementet; 2019.
38. O’Sullivan TA, Lau C, Patel M et al. Student-valued measurable teaching behaviors of award-winning pharmacy preceptors. *American Journal of Pharmaceutical Education* 2015; 79: 151.
39. Baldwin A, Mills J, Birks M et al. Role modeling in undergraduate nursing education: an integrative literature review. *Nurse Education Today* 2014; 34: e18–26.
40. Grealish L. The skills of coach are an essential element in clinical learning. *Journal of Nursing Education* 2000; 39: 231–233.

Supervisor behaviour and self-reported learning outcome in clinical supervision of medical students

Background: The pedagogical skills of clinical supervisors are important for student learning. We studied the association between specific supervisor behaviours and self-reported learning outcomes in clinical supervision (supervision related to clinical interaction with patients) among medical students in Norway and among Norwegian medical students abroad.

Material and methods: In a web-based survey students evaluated 14 statements on supervisor behaviour, grouped as modeling, coaching, articulation, exploration, and safe learning environment, as well as self-reported learning outcome, on a Likert scale of 1–5. Associations between supervisor behaviour and self-reported learning outcome was estimated by linear regression analysis.

Results: We included 457 responses, 231 (50,5%) from medical students in Norway and 226 (49,5%) from Norwegian medical students abroad. Among medical students in Norway, we found an association between good learning outcome and modeling, Beta = 0,33 (95% confidence interval 0,18–0,48), coaching, Beta = 0,28 (0,08–0,47), and safe learning environment, beta = 0,18 (0,00–0,35). Among Norwegian medical students abroad, we found an association for modeling, Beta = 0,34 (0,15–0,53), and safe learning environment, Beta = 0,21 (0,01 – 0,41).

Conclusion: Medical students appreciated supervisors who demonstrated clinical skills and professionalism (modeling), observed the student and gave advice and feedback during the learning situation (coaching), and created a safe learning environment.

Ritika Sharma
msritikasharma99@yahoo.no
Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo
og
Senter for bærekraft i helseutdanningene, Universitetet i Oslo

Ritika Sharma er medisinstudent ved Universitetet i Oslo og leder for student- og lærerinvolvering ved Senter for bærekraft i helseutdanningene, SHE UiO.

Cathinka Thyness
cathinka.thyiness@ntnu.no
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie
NTNU

Cathinka Thyness er ph.d.-stipendiat ved NTNU.

Hilde Grimstad
hilde.grimstad@ntnu.no
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie
NTNU

Hilde Grimstad er professor i allmenn- og atferdsmedisin og leder for PLUS (Senter for pedagogikk, undervisning og læring) ved Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU, og har vært prodekan for utdanning ved samme fakultet. Hun ledet Grimstadutvalget i 2019 og er nå medlem, tidligere leder, i programgruppen for medisinutdanning i RETHOS.

Odd Martin Vallersnes
o.m.vallersnes@medisin.uio.no
Avdeling for allmennmedisin, Universitetet i Oslo
PB 1130 Blindern
0318 Oslo
og
Legevakten i Oslo, Allmennlegevakten,
Helseetaten Oslo kommune

Odd Martin Vallersnes er professor i allmennmedisin ved Universitetet i Oslo og legeskiftleder ved Allmennlegevakten ved Legevakten i Oslo.

Helsestasjonismen og andre essays – en kommentar

Michael 2024; 21: 344–345.

doi:10.5617/michael.11664

I *Michael* nr. 2–2024 anmelder Magne Nylenna min seneste bok *Helsestasjonismen og andre essays*. Han kritiserer min bruk av en studie av ereksjonssvikt, men innvendingene er lite treffende. At denne spørreundersøkelsen neppe er representativ eller at ereksjonssvikt ikke er fullt så utbredt, kunne vært rimelige innvendinger dersom jeg påsto at 60 % av norske menn over 40 år lider av ereksjonssvikt. Men det er ikke det jeg skriver om. Hele temaet for essayet mitt er menns bekymringer for å ha ereksjonssvikt og testosterontilskuddsbransjens kapitalisering på denne usikkerheten, ikke den faktiske forekomsten.

Nylenna skriver videre at jeg har «henfalt til det mest individualiserende som dagens teknologi kan gi oss, nemlig en selvmonitorerende smarttelefon». Men det jeg skriver om i boken, er smartklokken og ikke smarttelefonen.

Avslutningsvis skriver Nylenna om «helsestasjonens håndtering av Madsens ett år gamle sønn som hadde forsinket motorisk utvikling. Ettersom problemet løste seg, er forfatteren kritisk til helsesykepleierens henvisning til fysioterapeut og ikke minst antydningene om mulige årsaker til forsinkelsen». Dette er en gjengivelse som vitner om manglende forståelse for problematikken jeg beskriver.

Ettersom sønnen min på ettårskontrollen akte seg på rompa og ikke viste noen interesse for å gå, ble vi henvist til fysioterapeut. Hele essayet handler om hvordan normalitetskurven begynner å leve sitt eget liv og gir opphav til bekymring hos helsepersonell, godt hjulpet av psykologiske begrep på avveie som «selvfølelse», der man som nybakt forelder står i en sårbar posisjon stilt overfor ekspertisen. Mens i Nylennas gjengivelse er det som om her finnes objektive, påvisbare funn som får mine innvendinger til å fremstå som lite annet enn klaging fra en utakknemlig bruker av tjenesten.

Nylenna avslutter anmeldelsen med å forsikre leseren om at han har «lest de 200 sidene grundig». Etter å ha lest bokmeldingen spør jeg meg om ikke «overfladisk» eller «misforstått» hadde vært en mer dekkende beskrivelse.

Ole Jacob Madsen
o.j.madsen@psykologi.uio.no

Ole Jacob Madsen er professor i kultur- og samfunnspsykologi ved Universitetet i Oslo.

Ujevnt om helseledelse

Ralf Kirchhoff, Erlend Vik, Atle Ødegård, red.
Helseledelse: om utfordringer og lederroller i endring
Bergen: Fagbokforlaget, 2024
253 s.
ISBN 978-82-450-3708-1

Michael 2024; 21: 346–347
doi:10.5617/michael.11666



Dette er en vitenskapelig antologi som består av en innledning og 11 kapitler. Redaktørene er tilknyttet Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU) og Høgskolen i Molde. Forfatterlisten omfatter 19 personer med bakgrunn innen samfunnsvitenskap, helsefag, økonomi og juss. Boken er skrevet for ansatte i helsetjenestene og studenter på masternivå.

I flere kapitler omtales en rolletypologi fra 1970-årene hvor ledelsesfunksjonen er definert gjennom fire roller: produsent, administrator, integrator og entreprenør (PAIE-modellen). Modellen har hatt begrenset utbredelse innen fagfeltet helseledelse internasjonalt og nasjonalt. Regjeringen har i *Nasjonal helse- og sykehusplan* for 2016–2019 definert ledelsesfunksjonen i norsk helsetjeneste til å omfatte ansvar for strategi (endringsprosesser), drift, personell og kommunikasjon.

Kapittel 1 inneholder teoretiske perspektiver på ledelse og organisasjoner. Kapittel 2 tematiserer det indre livet i organisasjonene, og forfatterne peker på betydningen av å beherske ulike språk og koder gjennom flerstemt eller «polyfon» ledelse på tvers av ulike systemer. Kapittel 3 presenterer resultater fra en spørreundersøkelse om egenvurdert kompetanse blant 94 ledere i syke-

hus, hovedsakelig på seksjonsledernivå. Kapittel 4 presenterer funn fra en intervjustudie av seks ledere på seksjonsnivå i sykehus hvor funksjonen som bindeledd i rollen som mellomleder er tema. Kapittel 5 presenterer en dokumentanalyse av 21 tilsynsrapporter.

Kapittel 6 har som mål å gi en introduksjon til prioritering og ledelse. Forfatterne skriver at prioriteringskriteriene for den kommunale helse- og omsorgstjenesten ikke er politisk eller offentlig vedtatt. Dette er ikke riktig. Kriteriene ble behandlet i Stortinget 5. april 2022 (Innst. 221 S (2021–2022)). Stortinget ga sin tilslutning til nytte, ressursbruk og alvorlighet som prioriteringskriterier. Forfatterne nevner ikke systemet *Nye metoder* eller blåreseptordningen, heller ikke klinisk etikk-komiteer som en arena for å drøfte vanskelige spørsmål.

Kapittel 7 omhandler en kvalitativ studie hvor 11 personer er intervjuet om «fjernledelse». Resultatene er relevante og kan bidra til refleksjon om forutsetninger for ikke-stedlig ledelse hvor det å bygge tillit og utvikle relasjoner er viktig. Kapittel 8 gir en analyse av termen bærekraft i helsepolitiske dokumenter i perioden 2015–2022. Forfatterne konkluderer med at bærekraft «nærmest er et ikke-tema». Til slutt peker de på oppdragsdokumentet for 2023 til de regionale helseforetakene og skriver at det er «ingen endring i omfang eller tematisering av bærekraftbegrepet». I dokumentet har regjeringen innført «bærekraftig og rettferdig ressursbruk» som et mål for helse-tjenesten. Dokumentet gjøres gjeldende gjennom foretaksmøtet. Leser man protokollen fra møtet 17. januar 2023, vil man se at de regionale helseforetakene fikk i et tydelig klimaoppdrag med å omstille virksomheten og å rapportere om klimagassutslipp og klimarisiko. Kanskje diskusjonen og epilogen ville sett annerledes ut hvis forfatterne hadde kikket på protokollen? Til slutt følger tre teoretiske kapitler om henholdsvis ledelse i kommuner, tillit og innovasjon.

Antologien inneholder interessante og originale bidrag, men kvaliteten er noe varierende. Noen av kapitlene bærer preg av å være skrevet av forfattere med en viss distanse både til fagfeltet og praksisfeltet.

Jan Frich

jan.frich@medisin.uio.no

Jan Frich er professor i helseledelse ved Universitetet i Oslo, administrerende direktør ved Diakonhjemmet sykehus og redaktør av Michael.

Nyttig om helseledelse

Elisabeth Arntzen

Trygg som leder

Oslo: Gyldendal, 2024

83 s.

ISBN 978-82-05-59873-7

Michael 2024; 21: 348–349

doi:10.5617/michael.11667



Elisabeth Arntzen har skrevet *Trygg som leder*, en bok for ledere, ansatte og studenter i helse- og omsorgssektoren. Boken er enkel og lettlest og fremstår nettopp som det den hevder å være, en praktisk guide.

Forfatteren beskriver sine egne erfaringer med ledelse i del 1, *Samfunnsoppdraget til ledere*. Erfaringen hennes med å «plutselig bli leder» sammenfaller med erfaringer blant andre norske helseledere (1), og det er spennende å lese om hvordan Arntzen gikk fram som ny leder. Del 2 i boken har tittelen *Hva er en leder – hvor kommer ledere fra?* og oppleves som kort og noe løsrivet fra resten av boken. Del 3 *Struktur og relasjoner* og del 4 *Struktur og styring* gir en grunnleggende innføring til deler av helsevesenet i Norge som kan være nyttig for studenter og nyansatte med begrenset kompetanse om hvordan helsevesenet er ledet og organisert. I del 5 presenterer Arntzen sjekklisten *Trygg som leder* som er tett koblet opp til forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Målet med sjekklisten er å gjøre det lettere for ledere å forstå og ivareta pliktene i forskriften. Sjekklisten ser ut til å kunne fungere som et konkret og nyttig verktøy for ledere. Derfor er det også det mest verdifulle bidraget i denne boken.

Samlet sett er *Trygg som leder* en funksjonell og nyttig ressurs for dem som ønsker praktiske råd for ledelse innen helse- og omsorgstjenester, særlig opp mot å ivareta kravene i forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Bokens anekdotiske natur gjør materialet tilgjengelig og engasjerende, men en sterkere tilknytning til empiriske studier og et bredere teoretisk grunnlag kunne ha forsterket argumentasjonen og økt bokens faglige verdi. Lesere som ønsker mer teoretisk dybde og akademisk tyngde, vil måtte oppsøke andre lærebøker om ledelse.

Litteratur

1. Spehar I, Frich JC, Kjekshus LE. Clinicians' experiences of becoming a clinical manager: a qualitative study. *BMC Health Services Research* 2012; 12: 421. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-421>

Ivan Spehar

ivan.spehar@medisin.uio.no

Ivan Spehar har mastergrad i helse- og sosialpsykologi, doktorgrad i helseledelse og arbeider som førsteamanuensis ved Avdeling for helseledelse og helseøkonomi ved Universitetet i Oslo.

Salg og begeistring – om transformasjonsledelse

Lars Glasø og Geir Thompson, red.
Transformasjonsledelse: teori, forskning og praksis
2. utgave. Oslo: Gyldendal, 2024
164 s.
ISBN 9788205589308

Michael 2024; 21: 350–351
doi:10.5617/michael.11668



Etter et yrkesliv i helsevesenet merker jeg en umiddelbar motvilje mot begrepet transformasjonsledelse: Oppglødde sjefer som snakker om endringsmotstand og SWOT-analyser. Dette er altså en fordomsfull anmeldelse av «den første boken på norsk om den mest omtalte ledelsesformen de siste tretti årene».

Boka er på om lag 150 letteste sider, ryddig satt opp, ført i et godt språk og det er godt med referanser til fag- og forskningsfeltet. Men både fag og forskning på feltet fremstår som skrale greier, preget av skjevheter og tvilsomme metoder. Dette smitter over på boken. Det er ikke lett å avgjøre om det er selve konseptet transformasjonsledelse som skurrer, eller om det er manglende kritisk distanse i framstillingen. Jeg heller mot begge deler.

Innledningsvis blir transformasjonsledelse plassert i en kontekst med de øvrige ledelsesformene i *fullspektrumsmodellen*. De negative motpolene er *fraværende ledelse* og *transaksjonsledelse*. Transformasjonsledere tillegges all slags positive egenskaper. Ved for eksempel *idealisert innflytelse* ender vi opp med høypresterende, engasjerte, intellektuelt stimulerte underordnede med *tro på en bedre framtid*. Hvorfor all verdens gode lederegenskaper skal kate-

goriseres som tilhørende transformasjonsledere, er imidlertid ikke godt forklart.

Forfatterne må likevel medgi at ikke alt er såre vel, selv med transformasjonsledere. Det finnes nemlig også noen jukse- og pseudoledere, *pseudotransformasjonslederne*. Det er noen tvilsomme typer som tillegges alle negative egenskaper en kan tenke seg; selvopptatte, selvberikende, søker dysfunksjonelle maktallianser, villeder, fører folk bak lyset med mer. De autentiske er *opptatt av hva bedriften kan bidra med for samfunnet, som de føler et ansvar for*, mens *pseudotransformasjonslederne* er opptatt av egen suksess. Det verste er at de gjerne kan utgi seg for å være transformasjonsledere.

Framstillingen av forskningen på feltet, ført i pennen av Øyvind L. Martinsen, holder imidlertid et høyt nivå. Kapittelet innledes med en konstaterting av at *Ledelse er ikke bare et fag, det er også et «salgs- og begeistringsmarked»*. Martinsens kritiske gjennomgang viser at begrepet transformasjonsledelse er dårlig avgrenset, og overlapper med andre ledelsesformer. Forskningen er av varierende kvalitet. Det beste en kan vise til, synes å være studier hvor ledere randomiseres til intervensjon med opplæring i transformasjonsledelse versus ingenting. Intervensjonsgruppen kommer best ut. Martinsens kapittel står i skarpt relieff til den øvrige framstillingen som tidvis bærer mer preg av en trosretning enn av fag.

Transformasjonsledelse er altså også et salgbart konsept i et marked. Forskerne Bass og Avolio, som det vises til utallige ganger i teksten, og som vel har vært instrumentelle i etableringen av feltet, har ikke bare bidratt med forskning. De har også etablert måleinstrumentet MLQ-SK og opplæringsprogrammet *training full range leadership*. Begge deler er opphavsrettsbeskyttet og til salgs.

Ifølge bokomslaget vil boken passe de fleste lederprogrammer. Første utgave kom i 2013, og i forordet blir vi forklart at boken allerede er blitt en klassiker på feltet, og at den brukes i universiteter, høyskoler og blant ledere, konsulenter og andre.

Jeg finner det bekymringsfullt at våre nåværende og framtidige ledere fostres opp med så svakt belagte og idylliserte teorier.

Christian Grimsgaard
christiangrimsgaard@gmail.com

Christian Grimsgaard er overlege ved Ortopedisk avdeling, Oslo universitetssykehus og konserntillitsvalgt for Akademikerne i Helse sør-øst.

Pedagogisk og lettlest om ledelse

Donatella De Paoli

Tilstedeværende ledelse

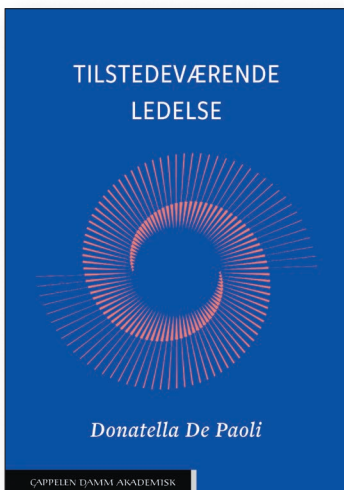
Oslo: Cappelen Damm Akademisk, 2023

153 s.

ISBN 978-82-02-79143-8

Michael 2024; 21: 352–353

doi:10.5617/michael.11669



Boken er først og fremst skrevet for studenter, men kan også være nyttig for ledere som ønsker større bevissthet om ledelse i en digitalisert verden, hvor hjemmekontor, Teams-møter og hybridkontorer er blitt hverdagen.

Forfatteren Donatella De Paoli er førsteamanuensis ved Handelshøyskolen BI. Målet er «å inspirere ledere og andre medarbeidere til å bli mer årvåkne, mer konsentrert og mer i kontakt med seg selv og andre i hverdagen».

De 140 sidene er kompakte, har enkelte stikkordsmessige oversikter, korte sammendrag etter hvert kapittel og en nyttig stikkordliste bakerst. Boken er lettlest og oversiktlig.

Fire av de fem kapitlene handler om arbeid og ledelse i en digital hverdag, hvor hovedtemaet er tilstedeværelse som et viktig perspektiv på ledelse. Dette

skjer gjennom aktiv, empatisk, lyttende kommunikasjon og i en form som mest mulig er tilpasset den enkelte medarbeider. Et kapittel tar for seg hvordan den digitale hverdagen påvirker utformingen av åpne kontorlandskap, kreative arbeidsrom og andre aktuelle møtesteder. Arbeidstakerne er nå i større grad på vei tilbake fra hjemmekontoret, så det er nyttig med tanker om hvordan kontoret kan gjøres attraktivt.

Forfatteren presenterer ulike lederstiler og peker på hvordan nye arbeidsformer, spesielt erfaringer fra pandemien og tiden etter, setter nye krav til lederstil. Det er tydelig at forfatteren har fått gode innspill fra både informanter og studenter.

Tilstedeværende ledelse handler ifølge De Paoli om noe annet enn bare å være fysisk til stede. Lederen må være på jobben med hele seg, med følelser, sanser og tanker. Den gode leder skal gi medarbeiderne følelsen av aktivt nærvær og oppmerksomhet, være mentalt til stede her og nå. Dette er spesielt aktuelt i et digitalt arbeidsliv der noen er på kontoret, andre på Teams og atter andre sitter på hytte eller kafé. Forfatteren ønsker å vise hvordan man kan bli en bedre leder dersom man evner å tilpasse sin lederstil til å vise medarbeiderne et aktivt nærvær og individuell tilpasset oppmerksomhet.

De Paoli hevder at lederen må vise medarbeiderne tillit, fordi fysisk fravær stiller større krav til deres evne til å arbeide selvstendig og lede seg selv. Hun mener man må utvikle en flatere organisasjon basert på tillitsbasert lederstil, hvor medarbeidere får større ansvar for å styre seg selv. Hun understreker betydningen av relasjonen mellom leder og medarbeider og hvordan denne er avgjørende for å inspirere og motivere ansatte.

Nettopp fordi den digitale hverdagen reduserer mulighetene for spontan nærhet, småprat og de sosiale møtene ved kaffemaskinen, er det desto viktigere med en tilstedeværende leder som evner å skape sosial trygghet i organisasjonen, noe som er en forutsetning for godt teamarbeid og gode resultater. Men jeg savner perspektivet på psykologisk trygghet også i en ledergruppe. Det bidrar både til større meningsmangfold, god stemning og bedre beslutningsgrunnlag.

Hvorfor skal man lese boken? Alle med lederansvar, men også andre som vil bevisstgjøre seg hvordan empati, mer reell tilstedeværelse og forståelse for hvordan man virker på andre, kan ha nytte av forfatterens refleksjoner. Kanskje kan man lære noe om hvordan man kan bidra til bedre dialog og et godt arbeidsmiljø. Som forfatteren poengterer: «Målet med tilstedeværende ledelse er større trivsel og bedre resultater.»

Kristine Amlie
kkraml@ous-hf.no

Kristine Amlie er vikarierende seksjonsoverlege ved Nukleærmedisinsk avdeling, Oslo universitetssykehus.

Praktisk og klokt om ledelse

Liv Hemmestad og Sigrid Røyseng
Klokskap og ledelse i høytpresterende miljøer
Oslo: Cappelen Damm Akademisk, 2024
205 s.
ISBN 9788202733414

Michael 2024; 21: 354–355
doi:105617michael.11670



Denne boken handler om hvilken betydning ledelse har for Nasjonalballetten og kvinnelandslaget i håndball som gjør at disse miljøene evner å prestere på et svært høyt nivå. Forfatterne beskriver ulike spenningsforhold som ledere i slike organisasjoner må stå i, og analyserer hvilke endringer, usikkerheter og utfordringer som preger disse kontekstene.

Hemmestad og Røyseng argumenterer for at ledelse handler om å praktisere en viss form for klokskap («praktisk klokskap» fra Aristoteles) og å øke sensitiviteten for ulike maktrelasjoner («makt og styring» fra Foucault). Praktisk kløke ledere klarer å bruke sitt skjønn til å ivareta mennesker og samtidig balansere mellom makt og tillit i sin ledelse. Argumentet deres kan utvides til å forstå ledelse utover de to eksemplene,

ikke minst i helsesektoren hvor helsepersonell både presterer høyt og strekker seg langt.

Forfatterne presenterer først hensikten med boken og hvordan de selv plasserer seg i det faglige feltet. De har en tydelig og klar stemme helt fra starten og inspirerer til videre lesning. Heller enn å greie ut om ulike lederstiler og lederutfordringer i sport og kunst som en kanskje hadde forventet,

leder de oss inn i begrepene makt og kunnskap og serverer oss Aristoteles på et innbydende fat. At Aristoteles har en rettmessig plass i forståelser av ledelse, gir god mening, og vi følger dem på veien inn mot praktisk klokskap og makt. De gir oss deretter et innblikk i miljøene de studerte, og hvordan de gikk fram for å få kunnskap om disse. De påfølgende fire kapitlene er en analytisk sammenveving av empiriske observasjoner og informasjon, og teoretisk kunnskap om og tilnærminger til ledelse, konkurranse, prestasjoner, makt og tillit. Forfatterne gir oppmerksomhet til små, men ikke uviktige detaljer i hverdagen for utøverne, slik som at reservebenken for landslaget blir omtalt som *ressursbenken*, og hvordan nettopp en slik språkbruk skaper involvering og klok ledelse. Disse kapitlene gir oss mye mening, og vi får innsikt i hvordan vi kan forstå nettopp disse to miljøene som forfatterne har studert, men også hvordan vi kan forstå ledelse som fenomen.

Avslutningskapitlet viser fram hvordan begrepet praktisk klokskap hjelper oss til å forstå ledelse og mer spesifikt hva «ledelse er for». Forfatterne peker på at «(...) ledelse virker i komplekse sosiale landskap som må forstås både kontekstuelt, relasjonelt og prosessuelt» (s. 183). Denne påstanden virker forslitt – selvsagt må ledelse forstås på en sammensatt måte. Men i motsetning til å vise oss noe banalt, gir boken et skarpt og utvidet innblikk i usikkerheten, uroen og utfordringene som preger det å lede mennesker i miljøer og organisasjoner som er sterkt opptatt av resultater, prestasjoner og målinger. Vi får et godt redskap i «praktisk klokskap» til å gripe det komplekse forholdet mellom kunnskap, ledelse og makt.

Dette er boken som jeg gjerne selv skulle ha skrevet. Men når det nå er gjort, spør jeg meg: Trenger vi flere lærebøker om ledelse? Kanskje har akkurat denne boken gitt oss det vi trenger for å forstå ledelse på en klok måte og til å lede godt nok.

Inger Lise Teig
inger.teig@uib.no

Inger Lise Teig er førsteamanuensis i helseledelse og organisering ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen.

Sykehus og hus for syke

Tanja C. Vollmer, Andres Lepik og Lisa Luksch, red.

Das Kranke(n)haus – wie Architektur heilen hilft

München: Architekturmuseum der Technischen Universität München, 2023
272 s.

ISBN 978-3-9819240-8-4

Michael 2024; 21: 356–357

doi:10.5617/michael.11671



Før det nye Rikshospitalet i Oslo sto ferdig i 2000, hadde det vært en periode med debatt om sykehusbygging og om hvordan arkitekturen burde være for å tjene bygningsmassens formål – å være en ramme rundt helsearbeid, forskning og undervisning. Ikke minst fordi det nye hospitalet ble bygd som nabo til det gamle Gaustad asyl fra 1855, der arkitekturen i seg selv hadde en rolle i pasientbehandlingen, økte interessen for sykehusanleggs funksjon og historie. Ved medisinstudiet i Oslo i 1990-årene var det til og med godt besøkte forelesninger om temaet. Litteraturen om sykehusbygging både var og er omfattende.

Ved utformingen av Rikshospitalet ble det lagt vekt på psykologiske og humanistiske opplevelsesfaktorer for pasientene og for arbeidsmiljøet. Når det nå 30 år

senere bygges sykehus i stor stil på samme sted, hører vi ikke lenger så mye om dette. Et sykehusanlegg hører hjemme i sin tid, i det samfunnet og den kulturen det skal betjene, medisinske oppgaver, sted, økonomi og overordnet politikk. Hvilke premisser som har vunnet til slutt, viser seg oftest først når alt står ferdig.

Sykehusplanlegging foregår over alt. Bare i Tyskland var det i 2022 over 1000 sykehusprosjekter. Høsten 2023 var det en stor utstilling om sykehusbygging ved arkitekturmuseet i München. Et av målene var å dra i gang en offentlig diskurs om sykehusarkitektur. I den anledning ble denne boken utgitt. Det er en artikkelsamling med en rekke faglig tunge forfattere.

Innledningskapitlet *Sykehus: gradestokk for ansvarlig politikk* spenner lerretet opp for et stort bilde. Planlegging av store sykehus som en prosess fra utopi til nøkternhet er illustrert med gode eksempler, men det er også omtale av det vi vil kalle sykehjem og andre spesialiserte institusjoner.

Utgivernes hovedanliggende er styrking av sykehusarkitektur som fagfelt. Boka argumenterer godt for det. Det er især medisinsk funksjonelle, psykologiske og estetiske forhold det legges vekt på, slike som har en tendens til å tape når sparekniven skjerpes.

Framstillingen er bygd opp med arkitektøyne rundt nøkkelvariablene *die heilenden Sieben* fra den evidensbaserte sykehusarkitekturen, variabler som virker: hensyn til at pasientene lett skal kunne orientere seg; luktstyring (!), vekk med sykehuslukt og inn med friske lukter utenfra, begrunnet med luktens dype psykologiske forankring i menneskenaturen; lydstyring, ikke skramlende støy, men positive lyder; mulighet for å være privat; arkitektoniske elementer som avleder oppmerksomheten fra triste tanker; åpne siktlinjer; og kanskje viktigst: menneskelig målestokk.

Med bilder og tekst gjennomgås eksempler med de sju variablene. Prosjektene som presenteres, er fra hele verden. Mest norsk interesse har kanskje Mary Elizabeths hospital (Børneriget) i København og Nyt Hospital Nordsjælland i Hillerød.

Artiklene har gode litteraturhenvisninger. Boka anbefales!

Øivind Larsen

oivind.larsen@medisin.uio.no

Øivind Larsen er professor emeritus i medisinsk historie ved Universitetet i Oslo og redaktør i Michael.

Livmora fortener si eiga bok

Leah Hazard

Livmoren

Oslo: Gyldendal, 2024

332 s.

ISBN 978820555464

Michael 2024; 21: 358–359

doi:10.5617/michael.11672



I motsetnad til organ som hjarte og lever som vi ikkje kan leva utan, så kan ein fint leva utan livmor, men sjølve menneskeheita kan ikkje leva utan ho. Og det er vel ein grunn til at livmora er eit av dei meir politisk kontrollerte organa i verdshistoria. Fertiliteten er trass alt grunnlaget for sjølve livet. Det har vore lite kontroll på sæden, men kvinna sin fertilitet og den gravide kvinna er framleis lagt under kontroll på ein eller annan måte i dei fleste land.

Forfattaren Leah Hazard er journalist frå Harvard, men etter sine eigne fødsjar utdanna ho seg til jordmor, og jobbar no i National Health Service i Skottland. Frå før har ho skrive boka *Hard pushed: a midwife's story* og har vorte ein hyppig brukt kommentator om kvinnehelse i Storbritannia. Den norske undertittelen på boka er *Kvinn kroppens spektakulære og mest misforståtte organ*,

medan hennar eigen er *The inside story of where we all began*.

Innhaldet i boka bærer preg av at ho er jordmor. Ho skriv mest om reproduksjon og fødsel. Boka er ikkje skrive for fagfolk, men for kvinner flest, og vinkling og tema er difor også meir opne og spørjande, filosofiske og til dels kjenslesentrerte enn medisinen som regel er. Der har vi sikkert noko å læra av di pasientane gjerne har fleire og andre viktige tankar og

ønskemål enn berre harde endepunkt. Det dukkar opp kuriosa som til dømes ein studie som viste at kvinner som vart hysterektomerte, var dårlegare på å orientere seg i omgivnadane. Om det er reproduserbart, vil no visa seg.

Kapitla i boka er inndelt i livmora som organ, mensen, befrukting, svangerskap, samantrekningar, fødsel, dødfødsel, keisarsnitt, postpartum, helse, menopause og hysterektomi. Boka avsluttar med kapitla *reprocid* og framtida. Mitt favorittkapittel er det om *reprocid*. Det er eit nyord for systematisk reproduktiv undertrykking, som til dømes tvangssterilisering. Mykje kjende eg jo frå før, men det er godt å verta minna om korleis vi som helsepersonell kan vera overgripingar både uvitande og med meir overlegg. Mange framsteg i medisinsk historie har vorte til gjennom overgrep. Som til dømes dr. James Marion Sims (1813–1883) utvikling av spekulum og operasjonsprosedyrar på kvinner i slaveri i USA. Han forsøkte rett nok å reparere dei og oppnådde ein varig plass i medisinsk historie, men som forfattaren skriv: «(...) tankene og ønskene til Lucy, Anarcha, Betsey og de andre kvinnene hvis kroppar ble fikset og flådd under alles påsyn, ble aldri nedtegnet» (s. 254).

Som gynekolog sakna eg mitt eige favorittmysterium i korleis livmorhalsen og sjølv livmorkroppen heng saman som om dei var eitt organ, men har to vidt ulike funksjonar. I graviditeten skal livmora vera mjuk, tøyelig og voksa for å romme og verne graviditeten, medan livmorhalsen skal verta fastare og oppføre seg som knuten på ballongen, for å sikre at graviditeten ikkje kjem deisande ut før det er klårt for fødsel. Når kroppen gir signal om fødsel, så skal livmorhalsen på ein måte viska ut seg sjølv ved å gå frå fire cm til null og opninga frå fire mm til ti cm slik at barnet kjem ut. Samtidig skal livmora trekke seg saman og skvise ut ungen(e). Det er djupt fascinerande og eitt av verdas mirakel.

Eg koste meg då eg las den. Livmora fortener si eiga bok.

Mette Løkeland-Stai
lokeland@gmail.com

Mette Løkeland-Stai er ph.d. og overlege ved Kvinneklubben, Haukeland universitetssjukehus.

Løst og fast om hormoner

Max Nieuwdorp

Hormoner: kroppens signalsystem fra fødsel til død

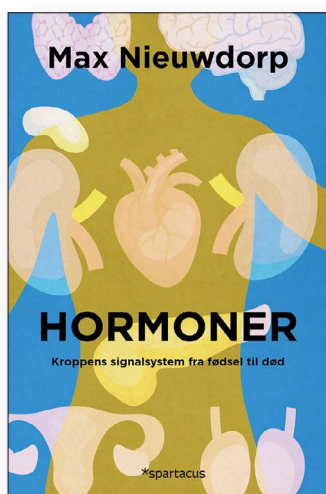
Oslo: Spartacus, 2024

316 s.

ISBN 9788243014497

Michael 2024; 21: 360–361

doi:10.5617/michael.11673



I *Hormoner* skriver den nederlandske endokrinologen Max Nieuwdorp om hormonenes betydning for forplantning og pubertet, fordøyelse og fedme, vekst og humør. Han levendegjør stoffet ved å ta leseren inn på legekontoret og trekker fram historiske referanser både fra mytologien og nyere politiske hendelser.

Boka er inndelt i ti kapitler som igjen er delt i underkapitler. De følger i hovedsak bokas prosjekt som er å gi en oversikt over hormonenes betydning for kroppslige og psykologiske fenomener fra unnfangelse til død. Kapittelinnstillingen gjør det enkelt å finne tilbake til poenger, men innholdet er ikke alltid hva man forventer ut fra overskriften. For eksempel er underkapitlet *Å være gravid* i hovedsak viet funksjonen til antimüllerhormon (AMH).

Språket er lettfattelig, tilpasset en bred leserskare, og det flyter stort sett godt. Det muntlige preget med mange halve setninger som står alene, og utstrakt bruk av innskutte bisetninger og parenteser harmoniserer med forfatterens tilsynelatende frie assosiasjoner som tar oss fra det ene temaet til det andre. Boka er oversatt av Hedda Vormeland, som er en prisbelønnet oversetter. Det er derfor litt overraskende med nyord som «munnkjertler»

i beskrivelsen av spyttproduksjonen. Det er også vanskelig å skjønne hvorfor man har valgt å skrive at skjoldbruskkjertelen produserer T4 og ikke tyroksin.

I tillegg til å beskrive hormonenes betydning i overgangene fødsel, menopause og aldring presenterer forfatteren også sine betraktninger rundt dagsaktuelle saker som fedmeepidemien, hormonforstyrrende stoffer og kjønnsinkongruens. Kapitlet om hormonforstyrrende stoffer byr på nye tanker for mange norske lesere. Her rettes oppmerksomheten ikke bare på plastmykjørere, men også på effekten av soya på hormonbalansen hos småbarn.

Selv om den forståelsesfulle og fordomsfrie legen trer tydelig fram i beskrivelse av kjønn og kjønnsinkongruens, kan kanskje enkelte lesere oppleve forfatterens vektlegging av biologiske forklaringer på atferd som noe ensidig. Dette gjelder i hovedsak omtalen av tradisjonelle kjønnsstereotyper. Forfatteren tar for eksempel utgangspunkt i at jenter fra naturens side leker med dukker, men at økt nivå av mannlige kjønnshormoner kan bidra til at de interesserer seg mer for biler. Til tross for at slike påstander er underbygd av vitenskapelige referanser, så kan noen av avsnittene fremstå som lite nyanserte.

Et kapittel er viet tarmfloraens betydning for helse og sykdom, et tema som tydeligvis har vært viktig i Nieuwdorps karriere. Boka byr på mange morsomme faktaopplysninger og historiske referanser, og det er kanskje den største verdien for fagfolk. Noen ganger er teoriene dratt vel langt, som at det skal ha vært svingningene i stoffskiftet til president George Bush (1924–2018) som påvirket beslutninger under Golf-krigen i 1991. Andre er det mer hold i eller ligger så langt tilbake i tid at historiene uansett går over i myter. Dette gjør boka til interessant lesning for alle som ønsker å krydre forelesningene sine, eller ha noen ekstra poenger på lur i sosiale sammenhenger.

Boka føyer seg inn i rekken av populærvitenskapelige bøker som tar for seg organsystemene og ser på dem med friskt blikk med grunnlag i aktuell forskning. Boka kan anbefales som helge- og ferielektyre for alle.

Trine Elisabeth Finnes

Trine.E.Finnes@sykehuset-innlandet.no

Trine Elisabeth Finnes er spesialist i indremedisin og i endokrinologi, ph.d. og arbeider som seksjonsoverlege ved Endokrinologisk seksjon, Sykehuset Innlandet på Hamar.

Praktisk nyttig om klinisk utbrenthet

Marie Åsberg, red.

Utmattningssyndrom

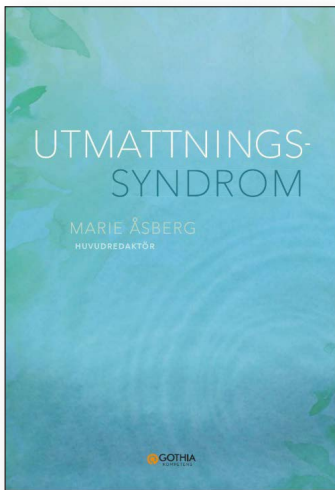
Stockholm: Gothia Kompetens, 2024

304 s.

ISBN 978-91-7741-373-8

Michael 2024; 21: 362–363

doi:10.5617/michael.11674



Denne svenske boken er en praktisk brukbar sammenstilling av forskningsbasert evidens og klinisk erfaring med utmattelsessyndrom. Hovedredaktøren Marie Åsberg er en nestor innen forskning om depresjon og utbrenthet. Sammen med en gruppe erfarne forskere og klinikere gir hun en dypere forståelse av fenomenet og presenterer verktøy for behandling og forebygging. Boken henvender seg til primær- og bedriftshelsetjeneste og andre spesialiteter hvor utmattelsessyndrom håndteres, til arbeidsgivere, ledere, pasienter og pårørende.

Siden 2005 har «*utmattningssyndrom*» vært definert som en psykiatrisk, klinisk diagnose i Sverige. Det skiller seg fra *utbrenthet* som ifølge ICD-11 skal forstås som en reaksjon på en uheldig arbeidssituasjon, og ikke primært som en medisinsk tilstand. Men begge begrepene rommer glidende overganger fra naturlig slitenhet til behandlingstrengende utmattelse.

Kapitlene er basert på konsensus i arbeidsgruppen. Forfatterne beskriver bakgrunn og utvikling av diagnosen og forklarer syndromet som resultat av manglende balanse mellom stress og restitusjon. Klinisk bilde og forløp fremstilles med risikofase, akutfase og restitusjonsfase. Det er egne kapitler om diagnostikk, klinisk vurdering og håndtering, patofysiologi, biomarkører,

nevropsykologisk påvirkning, risikofaktorer, behandlingsstudier og bruk av sykmelding samt forebygging.

Den teoretiske forståelsesmodellen for utmattelsessyndrom har kommet relativt kort, og boken gir et godt overblikk over forskningsfeltet. Forfatterne gir konkrete og praktiske råd om hvordan personer med utmattelsessyndrom bør møtes og behandles.

Begrepet *restitusjon* er tidligere blitt brukt på ulike måter. Forfatterne definerer her at hva som er restituerende, må vurderes individuelt og ut fra type anstrengelse. For eksempel vil fysisk anstrengelse trenge restitusjon i form av hvile, mens mental eller følelsesmessig anstrengelse kan restitueres ved fysisk aktivitet.

Sykmeldingslengde ved utbrenthet eller utmattelsessyndrom er omdiskutert. Forfatterne viser til studier av utmattelsessyndrom der mange kommer tilbake i jobb etter lang tids sykmelding. Dette samsvarer med studier av norske leger som var sykmeldte for utbrenthet. Lengden på sykmelding predikerte bedring på sikt, og de aller fleste kom tilbake i jobb (1).

Forfatterne viser til noen studier som indikerer at den kognitive funksjonsnedsettelsen ved utmattelsessyndrom kan vare i mange år, og kanskje være en irreversibel endring. En stor befolkningsstudie i Danmark indikerer også at vedvarende stress kan være en risikofaktor for demensutvikling. Dette understreker betydningen av forebygging og behandling.

Boken er primært skrevet for svenske forhold siden utmattelsessyndrom foreløpig kun finnes som diagnose der. Forfatterne har god oversikt over og refererer hovedsakelig til svensk litteratur på feltet. Det kunne med fordel vært flere henvisninger til internasjonal litteratur og sammenligninger mellom behandling og forebygging av utmattelsessyndrom og av utbrenthet.

Boken gir en teoretisk og praktisk sammenstilling av utmattelsessyndrom og vil være nyttig i møte med mennesker som har eller står i fare for å få en slik tilstand.

Litteratur

1. Isaksson Ro KE, Tyssen R, Gude T et al. Will sick leave after a counselling intervention prevent later burnout? A 3-year follow-up study of Norwegian doctors. *Scandinavian Journal of Public Health* 2012; 40: 278–285. <https://doi.org/10.1177/1403494812443607>

Karin Isaksson Rø
karin.ro@lefo.no

Karin Isaksson Rø er spesialist i arbeidsmedisin, seniorforsker ved Legeforskningsinstituttet og overlege ved Villa Sana Arbeidshelse.

Tidsskrifter oppstår fordi de trengs

Audun Lindholm, Bente Riise, red.

Det skal vera tid. Det skal vera skrift. Tradisjon og trøbbel i norske tidsskrift

Oslo: Norsk tidsskriftforening, 2024

272 s.

ISBN 978-82-693659-0-0

Michael 2024; 21: 364–365

doi:10.5617/michael.11675



Tidsskrift (*Zeitschrift*) ble fra slutten av 1700-tallet navnet på periodiske publikasjoner som kunne utgis uten spesielle privilegier (som aviser) eller sensur (som bøker). De var viktige i utviklingen av ytringsfrihet og offentlighet (1).

Avgrensningen mot andre publiseringsformer var uklar – den gang, som nå. I denne boka sammenlikner journalistikkprofessor Birgitte Kjos Fonn de forskjellige publikasjonstypene med «en stor søskenflokk som først vokste opp sammen, men som ble skilt omtrent idet de begynte på skolen».

Dagens bredde i tidsskriftdelen av søskenflokken viser seg i listen over de 104 medlemmene i Norsk tidsskriftforening. Foreningens 20-årsjubileum er bakgrunnen for bokutgivelsen. I foreningen finnes store

og små, vitenskapelige, politiske og litterære tidsskrifter. De allmennkulturelle dominerer, og for igjen å sitere Kjos Fonn: «Formen er [her] friere enn i vitenskapstidsskriftene, tematikken er bredere enn i fagtidsskriftene, den er mer vesentlig enn i bladene, og den er mindre journalistisk enn den i dagspressen.»

Boka består av elleve tekster som avspeiler tidsskriftenes varierte presentasjonsformer. Her er personlige beretninger, intervjuer, essayer og mer kunnskapsbaserte oversikter. I tillegg presenteres hovedtrekk fra foreningens historie og en kavalkade over foreningens årlige prisvinnere. Utformingen av boka er så vakker at det er påfallende at designeren Aina Griffin kun navngis på kolofonen og ikke blant bidragsyterne.

Boktittelen bygger på et sitat fra Jon Fosse: «*Roleg og tenksomt, takkar eg for at det er. Ikkje tabloid og kjapt og pirrande. Langsamt, takker eg for at det er. For det skal vera tid til å pusta, og tid til å kjenna etter, og tid til å leva. Det skal vera tid. Det skal vera skrift. Det skal vera tidsskrift.*» Refleksjon er et av tidsskriftenes kjennetegn – og refleksjon tar tid.

Mangfoldet i Tidsskriftforeningens medlemsmasse kunne kommet bedre til syne i boka. Det aller meste handler om litterære tidsskrifter, om forfattere og tekstkulturer. Kritikkkfunksjonen (litteratur, film, teater, kunst) får urimelig stor plass selv om prioriteringen forsvares med at kritikken nå i hovedsak ivaretas nettopp av tidsskriftene.

Spenningen mellom papir og skjerm, analog og digital publisering får til gjengjeld forbausende liten plass. Kanskje vil ikke publiseringshastigheten være avgjørende for framtidens tidsskrifter, antyder professor i nordisk litteratur Eirik Vassenden. Kanskje er det en annen av tidsskriftenes sentrale egenskaper som er viktigere, nemlig perspektivet?

Et fellestrekk ved de fleste tidsskrifter er dårlig økonomi. Lars J. Halvorsen og Paul Bjerke fra Høgskulen i Volda gjennomgår tidsskriftenes finansiering helt fra 1700-tallet. De konkluderer med at omfattende gratisarbeid fra entusiaster alltid har vært viktigst. Tidsskriftutgivelse er i høy grad dugnadsarbeid. Det har ikke bare ulemper, men gir også autonomi, livskraft og ideer. Derfor overlever tidsskriftsjangeren.

Bokas hovedbudskap kommer fra litteraturviter Sissel Furuseth: *Tidsskrifter oppstår fordi de trengs!*

Litteratur

1. Krefting E, Nøding A, Ringvej M. *En pokkers skrivesyge: 1700-tallets dansk-norske tidsskrifter mellom sensur og ytringsfrihet*. Oslo: Scandinavian Academic Press, 2014. <https://www.nb.no/items/f0a5f353e99d7ee02c107dafa14eae44?page=0> (13.6.2024).

Magne Nylenna er professor emeritus i samfunnsmedisin ved Universitetet i Oslo og redaktør av Michael.

Amerikansk blikk på norsk folkehelse

Michael 2024; 21: 366–370

doi:10.5617/michael.11676

Hvor lever folk ekstra lenge og godt, og hva er spesielt med slike steder og slike folk? Disse spørsmålene har brakt Dan Buettner rundt i verden, etter hvert også til Norge. I Florø fant han flere svar.

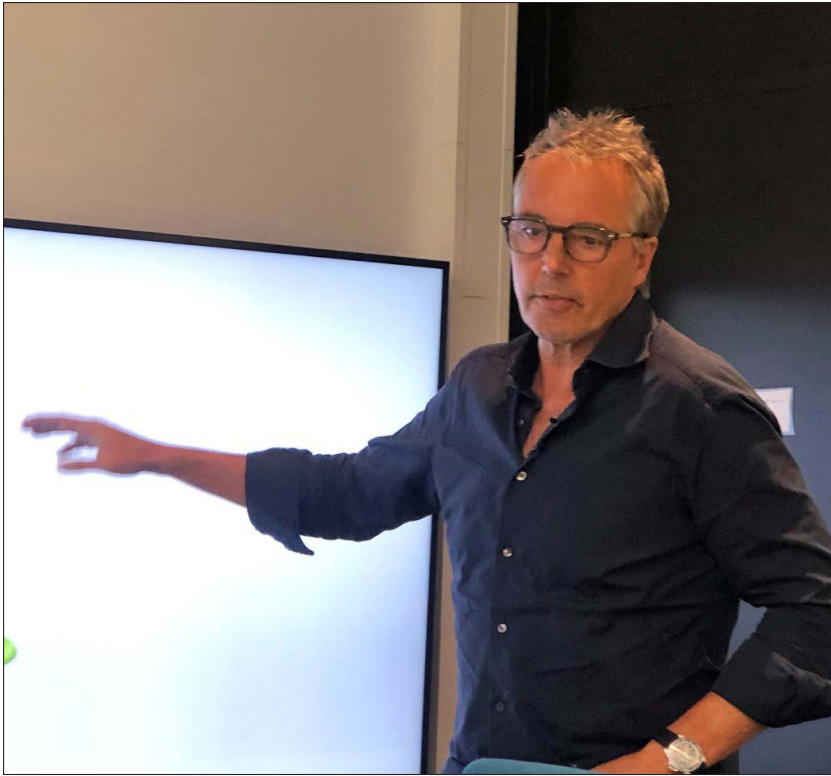
Blå soner (engelsk: blue zones) er blitt betegnelsen på områder der mennesker lever betydelig lenger og sunnere liv enn gjennomsnittet. Begrepet kommer av de blå flekkene den belgiske demografen Michel Poulain (f. 1947) satte på kartet der forekomsten av hundreåringer var eksepsjonelt høy. Disse områdene er senere besøkt, undersøkt og beskrevet av Dan Buettner og har fått stor internasjonal oppmerksomhet.

Forskning på hundreåringer (engelsk: centenarians) har endatil blitt et eget forskningsfelt, og det er etablert egne tidsskrifter, blant andre *The Lancet Healthy Longevity*.

Dan Buettner

Dan Buettner (f. 1960) er en amerikansk journalist, forfatter og eventyrer (figur 1). Han er oppført i Guinness rekordbok med flere rekorder for langdistansesykling fra 1980-årene. Han har syklet Amerika på langs, fra Alaska i nord til Ildlandet i sør, og tilsvarende i Afrika fra Bizerte i Tunisia til Kapp Agulhas i Sør-Afrika. Til sammen har han tilbakelagt over 200 000 km på sykkel.

Som journalist er han best kjent for sine reportasjer fra blå soner. Han publiserte sine første intervjuer med hundreåringer i 2005 i *National Geographic*, som har vært og er hans hovedarena. Han utga sin første bok om blå soner i 2009 (1). Siden er det blitt en lang rekke bestselgende bøker og filmer. Interessen for sunt kosthold avspeiles i flere kokebøker. Han har også fått muligheten til å påvirke et helt lokalsamfunn ved å omforme



Figur 1. Dan Buettner peker på fysisk aktivitet, sunt kosthold og gode sosiale relasjoner som veien til et langt liv. (Foto: Magne Nylenna)

miljøet i byen Albert Lea i Minnesota i helseriktig retning. Gang- og sykkelveier, bedre kosthold gjennom samarbeid med restauranter og skoler kombinert med større oppmerksomhet om en sunnere livsstil, ga i løpet av et halvt år færre sykmeldinger og vektreduksjon blant innbyggerne (2).

Jakten på ungdomskilden

Kartleggingen av hundreåringer har ført Buettner og hans team til Ikaria i Hellas, Okinawa i Japan, Sardinia i Italia, Loma Linda i California og Nicoya-halvøya i Costa Rica. Felles for disse stedene, foruten mange hundreåringer, var høyt konsum av plantebasert mat, mye fysisk aktivitet og sterke sosiale nettverk. Tobakksforbruket var lavt eller fraværende og alkoholforbruket moderat. Folk beskrev ofte en sterk tilhørighet til familien eller en gruppe, en følelse av formål med livet, og de hadde ulike metoder for stressreduksjon, som meditasjon og bønn.

Etter hvert er studiene av hundreåringer utvidet til leting etter områder der folk i sin alminnelighet lever lenge og med god livskvalitet i høy alder. Selv om Norge har flere land foran seg både på listen over forventet levealder og funksjonsfriske leveår og i World Happiness Report, er vi kjent for en god folkehelse og ikke minst en god helsetjeneste. På Vestlandet, og spesielt i tidligere Sogn og Fjordane fylke, lever folk lenge.

Norgesbesøk

– På Vestlandet er forventet levealder sju år mer enn i USA. Det er verdt et besøk, var begrunnelsen da Dan Buettner tok kontakt med meg for å få hjelp til å planlegge en norgestur. Demografisk statistikk fikk han fra professor Stein Emil Vollset og Senter for sykdomsbyrde i Folkehelseinstituttet, men som journalist var han på jakt etter personer og fortellinger som kunne forklare *hvorfor* folk lever lenge og godt.

I juni 2024 ankom han Oslo direkte fra Los Angeles med tre Emmy-priser (av seks nominasjoner) for Netflix-serien *Live till 100* i bagasjen. Dan Buettner lever som han lærer. Han hadde umiddelbart skaffet seg sykkel og kom syklende til vårt første møte i Helsedirektoratet. Der fikk han en introduksjon til norsk helsetjeneste og nasjonal folkehelsestrategi. Folkehelseinstituttet rakk han også innom før turen gikk til Vestlandet.

Høydepunktet ble et opphold i Florø der tidligere kommuneoverlege Jan Helge Dale og flere andre orienterte ham om kommunehelsetjenesten i Kinn og om lokalt folkehelsearbeid (figur 2).

– Det faglige utbyttet har vært stort, sier han etter ti dager i Norge, men tilføyer spøkefullt at været har vært skiftende som humøret hos en 15-åring.

Friluftsliv

Buettner er begeistret for den norske kommunehelsetjenesten og helsefremmende politikk på lokalplanet. En offentlig helsetjeneste med tilgang for alle og lave egenandeler er svært ulikt det amerikanske systemet.

– *Hva har du sett som kan forklare et godt og langt liv på Vestlandet?*

– Jeg ble imponert over bredden i tjenestene. At allmennlegene kan anbefale fysisk aktivitet via frisklivsentralen i stedet for å forskrive legemidler mot depresjon, gjorde inntrykk. Jeg har også stor sans for generalister og fastleger som følger pasientene sine over tid, sier Buettner. Det er samspillet av mange ulike faktorer som er avgjørende. Det er umulig å peke på en enkeltårsak.

Han framhever tradisjonen med aktivt utendørsliv i Norge. Naturlig bevegelse er mye viktigere enn treningsstudio. Gode gener er avgjørende for å bli 100 år, men hver time med fysisk aktivitet forlenger livet for alle.



*Figur 2. Dan Buettner på vandring i Florø med tidligere skolesjef Helge Roald (t.v.) og tidligere kommuneoverlege Jan Helge Dale (t.h.).
(Foto: Dag Frøyen, Firdaposten)*

Et trygt miljø og fysisk aktivitet som en naturlig del av hverdagen er nøkkelene til et godt og langt liv.

– Norsk natur stimulerer til friluftsliv. Dessuten er ikke nordmenn besatt av trygghet. De tør fortsatt slippe barna løs i lek.

Dan Buettner har sansen for Vinmonopolet, han har merket seg allemannsretten og tradisjonene med søndagstur, og han lovpriser røykeloven.

– Det burde vært like strenge regler mot hurtigmat og sukkerholdig drikke, sier han.

Dugnad

Ett norsk ord tar Buettner med hjem: *dugnad*.

– Dugnad er noe annet og mer enn frivillig arbeid i sin alminnelighet slik jeg kjenner det fra USA, sier han. Dugnad inkluderer som regel både fysisk aktivitet, samhold, meningsfull innsats og resultater til beste for fellesskapet. I en dugnad er det plass til alle, og det må være blant de mest helsebringende tiltak som finnes.

– I Florø virket det dessuten som om alle mennesker deltok i en eller annen forening eller organisasjon. Trivsel handler nettopp om slike sosiale nettverk.

Han understreker at fysisk aktivitet, sunt kosthold og gode sosiale relasjoner må være en integrert del av livet – ikke noe som kommer i tillegg, fordi det skal være helsebringende.

Betydningen av fellesskap oppsummerer Dan Buettner slik: *Du dør alene, men overlever som en gruppe.*

Litteratur

1. Buettner D. *The Blue Zone Lessons for Living Longer From the People Who've Lived the Longest*. Washington DC: National Geographic, 2008.
2. Underwood A. How Public Policy Can Prevent Heart Disease. *Newsweek* 4.2.2010. <https://www.newsweek.com/how-public-policy-can-prevent-heart-disease-75073> (26.6.2024)

Magne Nylenna
magne@nylenna.no

Magne Nylenna er professor emeritus i samfunnsmedisin ved Universitetet i Oslo og redaktør av Michael.

Hvor ble det av hjerte- og karsykdommene?

Michael 2024; 21: 371–373

doi:10.5617/michael.11677

I tiårene etter den annen verdenskrig økte forekomsten av hjerte- og karsykdom markant. Men så begynte tallene å falle og er nå blant de laveste i Europa. Hvorfor?

Da *Helsehistorisk forum* hadde sitt seminar i Nasjonalbibliotekets store auditorium 30. mai 2024, var temaet nettopp *helsehistorisk*. Salen var for det meste fylt av et gråhåret publikum. De skulle få høre om en utvikling de både hadde observert og vært med på selv. «Hjerteinfarktepidemien» varte fra midten av 1950-årene og nådde toppen i 1970-årene.

Seksjonsleder for preventiv kardiologi Tor Ole Klemsdal ved Oslo universitetssykehus viste til den formidable reduksjonen i hjerte- og kardødelighet fra 1980-årene. Nedgangen i Norge har vært større enn i mange andre europeiske land. Fra å ha vært et høyrisikoland ligger vi nå på samme nivå som Italia og Spania. I 2017 overtok kreft som den vanligste dødsårsaken i Norge. I 2022 ble det registrert ca. 10 000 førstegangstilfeller av akutt hjerteinfarkt.

De tre viktigste årsakene til denne gledelige utviklingen er lavere nivåer av kolesterol og blodtrykk og at færre røyker. Bedre behandling har også vært viktig, men forklarer likevel bare en mindre andel.

Nedgangen i blodtrykk og kolesterol er på mange måter paradoksal. Vi spiser mer ost, egg, fløte, rømme og kjøtt, og saltinntaket er uendret. På den positive siden har det vært en dobling i inntak av frukt og grønt og en betydelig reduksjon i forbruket av sukker.

Innen diagnostikk av hjerte- og karsykdom har utviklingen av ultralyd bidratt til en revolusjon, fortalte overlege Jørgen Gravning ved Oslo universitetssykehus. Ekkokardiografi er blitt den viktigste bildemodaliteten innen hjertemedisinen. Norske forskere har bidratt betydelig, ikke minst



Seksjonsleder i preventiv kardiologi Tor Ole Klemsdal ved Oslo universitetssykehus trakk opp de lange linjene og kommenterte hjerte- og karsykdommenes vekst og fall i Norge. (Foto: Øivind Larsen)

radiologen Jarle Holen (1932–2004) og kardiologen Liv Hatle (1936–2023). Med viktige arbeider fra slutten av 1970-årene bidro de til at interessen skjøt fart.

Professor Sigrun Halvorsen, også ved Hjertemedisinsk avdeling ved Oslo universitetssykehus, tok opp kjønnsforskjellene i denne sykdomsgruppen. Kvinner kan ha andre symptomer enn menn, men brystmerter er det vanligste symptomet ved akutt hjerteinfarkt både hos menn og kvinner. I perioden 1950–1990 hadde hjertesykdommer hos kvinner fått lite oppmerksomhet. Hjertesykdom ble sett på som mennenes sykdom. Hvis kvinner hadde noen rolle i dette, var det for å ta hånd om sine menn med hjertesykdommer. Hjertesykdom hos kvinner ble lenge underdiagnostisert og underbehandlet. Fra omkring 1990 begynte ting å skje. Sigrun Halvorsen framholdt at det var forskjeller i forskningsgrunnlaget for hjertesykdom hos kvinner og menn, men i det minste lot ikke undertegnede tilhører seg overbevise om at det her forelå en kritikkverdig kjønnsdiskriminering.

Professor emeritus Knut Gjesdal avrundet med det elegante innlegget «Forstyrrelser i hjerterytmen – et 250 års perspektiv». Gratulerer til *Helsehistorisk forum* med et interessant og nyttig seminar.

En redigert versjon av hele seminaret kan ses på nett (1).

Litteratur

1. *Om hjerte- og karsykdommer*. Helsehistorisk forum. <https://www.youtube.com/watch?v=ulD6yWEuIvQ> (23.6.2024)

Øivind Larsen

oivind.larsen@medisin.uio.no

Øivind Larsen er professor emeritus i medisinsk historie ved Universitetet i Oslo og redaktør av Michael.

Helsehistorie i Spydeberg

Michael 2024; 21: 374–377

doi:10.5617/michael.11678

Helsehistorisk forum *har i mange år arrangert studieturer i inn- og utland. Også kortreiste turer er populære. 13. juni 2024 gikk ferden til Spydeberg i Indre Østfold kommune.*

Første stoppested var Fossumkollektivet som er en av landets største aktører innen rusbehandling. Det er en ideell stiftelse som ble etablert i Spydeberg i 1983. Kollektivet drifter i dag avdelinger i tre fylker: Østfold, Innlandet og Nordland, har ca. 300 ansatte og 100 behandlingsplasser for aldersgruppen 12–30 år.

Avdelingene er organisert som kollektiv hvor ansatte og ungdommer bor under samme tak. Hverdagen i Fossumkollektivet er lagt opp med felles matlaging og måltider, felles morgenmøter, kveldsgrupper, temagrupper og aktiviteter. Avhengighet til rusmidler blir omtalt som en «kontaktsykdom» med ensomhet, isolasjon og innestengte følelser som vanlige symptomer, og som fellesskap og inkludering kan bryte (1).

Fossumkollektivet har flere avdelinger i Spydeberg. Vi besøkte *Avdeling Gården*, som gir tilbud til ungdom i alderen 15–25 år. Her er inntil 19 behandlingsplasser, fordelt på flere hus og treningsleiligheter (2). Behandlingstiden er vanligvis inntil ett år. Avdelingen tilbyr både tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og behandling etter barnevernloven.

Vi fikk også en orientering på kollektivets egen skole, *Fossumskolen*, der man tilbyr tilpasset, individuell opplæring. Dette er viktig fordi mange av ungdommene har falt ut av skolen. Ungdommene får også tilbud om å delta i drama og teater, *Fossumteatret*, som hver høst setter opp en teaterforestilling hvor pårørende blir invitert (2).

Café Fossum er Fossumkollektivets egen kafé i Spydeberg sentrum. Kafeen ble åpnet i 2018, og ideen er at ungdom som er interessert i salg, service og



Figur 1. Hovedbygningen på Spydeberg prestegård. Anlegget ble fredet av Riksantikvaren i 1991. Foto Kim Line Moe

servering, skal kunne ha arbeidspraksis som en del av behandlingsforløpet (2).

Spydeberg prestegård

I løpet av de siste årene er Spydeberg prestegård blitt en perle i bygda (figur 1). Prestegården er først og fremst forbundet med den danskfødte vitenskapsmannen og presten Jacob Nicolai Wilse (1736–1801), som bodde her i årene 1768–1785 (3).

Wilses historiske hage er gjenskapt etter hans tegninger og opptegetninger samt arkeologiske undersøkelser. Hagen er den best dokumenterte 1700-talls-hagen i Norge, og den er satt tilbake slik den så ut da den ble anlagt (figur 2). Den kalles en *formalhage*, det vil si en hage med klar og tydelig struktur som inneholder geometriske former og symmetrisk anlagte bed og gangveier (4).

Witse skrev om vonde nødsår, om sult og barkebrød (5). Han nevner spesielt årene 1771–1772 da han «fordredes til de mange smitsom Syge» (6, s. 130). Han hadde fulgt medisinske forelesninger i København hos professor C.G. Kratzenstein (1723–1795). Witsen mente at enhver klokker



Figur 2. Prydtobakk, rotselleri og kålrot side om side i Wilses gjenskapte formalhage. Foto Kim Line Moe

burde kunne «aarelade, forbinde et Saar, sette en Clister, vide Kiendetegnene paa enhver Sygdom og de bedste Huusraad derimod». Dessuten burde klokkeren eller presten holde et «Sogne-Apotek» (6, s. 388).

I hagen finner vi urtekvartalet som består av krydderplanter, medisplanter og prydvvekster. Noen av plantene hadde Wilsen fått som frø fra Carl

von Linné (1707–1778) i Uppsala, som sibirnøkketunge og nikkesalvie. Dessverre ble det ikke så vellykket. De ettårige rakk ikke å sette frø, og de flerårige døde i 1770 da han selv var på reise (7).

Prestegården spilte en viktig rolle i 1814. Det var her Christian Frederik (1786–1848) holdt statsråd 8. august, senere kjent som Spydebergstatsrådet. Dette ble utgangspunkt for unionstraktaten med Sverige, som ble fullført som Mossekonvensjonen 14. august 1814.

Prestegården ble lenge brukt som prestebolig, men i 2007 ble den kjøpt av *Stiftelsen Spydeberg prestegård*, som ifølge statuttene skal forvalte gården som nasjonalminnesmerke og formidle historien om Wilse.

Medisinhistorien er overalt

Vi besøkte også Solbergfoss kraftstasjon som ble satt i drift i 1924. Fasader og interiør på det monumentale anlegget ble utformet av arkitekt Bredo Greve (1871–1931). Hans far var legen Mathias Greve (1832–1912), mangeårig direktør ved Rikshospitalet, som i dag trolig er mest kjent for dr. Greves barnesåpe. Helsehistorien pipler fram overalt.

Litteratur

1. Rusbehandlingen. *Fossumkollektivet*. <https://www.fossumkollektivet.no/vare-tilbud/rusbehandlingen/> (11.7.2024)
2. Avdeling Gården. *Fossumkollektivet*. <https://www.fossumkollektivet.no/avdelingene/garden/> (11.7.2024)
3. *Spydeberg prestegård*. <https://spydebergprestegaard.com/> (11.7.2024)
4. *Formalhage*. I: Det norske akademis ordbok. <https://naob.no/ordbok/formalhage> (11.7.2024)
5. Alveng D, Skulberg PK. *Wilse: humanisten og hans laboratorium*. Oslo: Oktober, 2015: 48–49. <https://www.nb.no/items/80b057389fd97a603a0a882cc36104df?page=51> (11.7.2024)
6. Wilse JN. Skrifter i utvalg. Rakkestad: Valdisholm, 2016. <https://www.nb.no/items/141b5c0b847939cef51a5fc7cbc57701?page=0> (11.7.2024)
7. *Forvaltningsplan for det fredete hageanlegget 2020*. Stiftelsen Spydeberg prestegård. <https://spydebergprestegaard.com/onewebmedia/Forvaltningsplan%20Spydeberg%20prestegaard%CC%8Ardshage.pdf> (11.7.2024)

Erlend Hem

erlend.hem@medisin.uio.no

Erlend Hem er instituttjef i Legeforskningsinstituttet, professor ved Universitetet i Oslo, styreleder i Helsehistorisk forum og redaktør i Michael.

Infeksjonssykdommenes historie – verktøy og speil

Michael 2024; 21: 345

doi:10.56175/michael.11665

Øivind Larsen, Magne Nylenna. Infeksjonssykdommenes historie –
verktøy og speil *Michael* 2023; 20: 275–282.

Vi er blitt gjort oppmerksom på en feil i vår artikkel *Infeksjonssykdommenes historie – verktøy og speil* i *Michael* nr. 3/2023. Der skrev vi på side 279 at Armauer Hansen (1841–1912) «inokulerte materiale fra en pasient med knutet lepra i sklera på Kari Nielsdatter Spidsøen». Det er ikke korrekt. I domsutskriften fra Bergens Extraret i Sag No 99/1880 står det at Armauer Hansen gjorde «et Stik i Slimhinden paa hendes venstre Øie» (1). Stikket var altså i konjunktiva, ikke i sklera.

Vi beklager feilen. Den er rettet i nettutgaven.

Litteratur

1. Vogelsang TM. *Gerhard Henrik Armauer Hansen 1841–1912. Leprabasilens oppdager. Hans liv og hans livsverk*. Oslo: Gyldendal, 1968: 80–89.

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.

Editors:

Professor Jan Frich
Professor Erlend Hem
Professor em. Øivind Larsen
Professor em. Magne Nylenna
Copy editor: Nina Husom

Editorial board:

Professor Geir Sverre Braut
Professor Kari Tove Elvbakken
Professor Linn Okkenhaug Getz
Professor Christoph Gradmann
District medical officer Cato Innerdal
Professor Hilde L. Sommerseth

Postal address:

Tidsskriftet *Michael*
P.O. Box 1152 Sentrum
NO-0107 Oslo
Norway
michael@dnms.no

Annual subscription rate
NOK 650 (2024)

ISSN 1893-9651

Michaels omslagsbilde er fra 2011. Det viser en gruppe legestudenter fra Universitetet i Oslo på ekskursjon til avfallsanlegget på Dal på Romerike.

Paragrafene 27 og 28 i Folkehelseloven av 2011 er veldig klare. Kommunelegen har et totalansvar for folkehelsen i kommunen. Det gjelder også i beredskapssituasjoner, dvs. når krise rammer. Hvordan er legers kompetanse til å inneha slikt ansvar?

Det er f. eks. vel og bra at tekniske etater normalt tar seg av renhold, vann og avløp og at Mattilsynet trår til når salmonella herjer. Det er likevel kommunelegen som har det overordnede ansvaret for folkehelsen. Hvis viktige funksjoner svikter, stilles det særlige krav til kommunelegens kunnskaper og ferdigheter. Vi må anta at spesialistutdanningen i samfunnsmedisin enten ivaretar dette, eller kan gjøre det.

Men hvordan er det i *grunnutdanningen* av leger? Lærer studentene nok om den sosiale og fysiske konteksten der befolkningens liv utspiller seg? Har de særlig mer kunnskaper enn folk flest? Og verre: *Hvor interesserte* er de kommende leger egentlig i helsereelatert samfunnskunnskap? Studentene på bildet utgjorde ca. ti prosent av kullet. De var entusiastiske og engasjerte. Nitti prosent prioriterte å bruke de 3–4 studietimene annerledes. Legerollen er i hovedsak blitt å behandle sykdommer og skader.

Hygieneundervisningen i f. eks. 1960-årene ga relevant kontekstkunnskap. Blant annet lærte man om eldre tiders hygiene i situasjoner som kan oppstå hvis moderne hygienetiltak svikter. Forelesningsserien var kombinert med et laboratoriekurs med øvelser og demonstrasjoner. Med store øyne så studentene f. eks. på en delikat utseende bjørneskinke som under mikroskopet var smekkkfull av trikiner. Og det var arbeidsmedisinske ekskursjoner til forskjellige bedrifter. Dette var kunnskap mange nyutdannede leger fikk bruk for allerede kort tid senere – som turnuskandidater i distrikt. Da skjønte de poenget.

Den gamle tid er tilbakelagt. En ny tid er kommet. Nettopp derfor er det grunn til bekymring for jordkontakten i undervisningsfaget samfunnsmedisin.

(Tekst og foto: Øivind Larsen)

www.dnms.no

ISSN 1893-9651



9 771893 965004