

Kronikk

Et dynamisk medisinsk fakultet i Midt-Norge

Med ny og utradisjonell «tematisk» instituttstruktur skal Det medisinske fakultet ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU) være med på å skape morgendagens medisin gjennom utdanning av gode leger og fremtidsrettet forskning – og ved å delta i byggingen av nytt universitetssykehus.

Gunnar Bovim

gunnar.bovim@medisin.ntnu.no

Ole Jan Iversen

Torstein Vik

Anne Katarina Cartfjord

Det medisinske fakultet

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
7006 Trondheim

Landets yngste medisinske fakultet ble etablert i Trondheim i 1975. Som ungdommer flest, har fakultetet gjennomgått store forandringer både faglig og organisatorisk. De første 18 årene var vi et «høstingsbruk» med klinisk og paraklinisk undervisning etter fullført preklinikk i Bergen. Fagsammensetningen reflekterte en oppbygging med hovedvekt på regionsykehusets kliniske portefølje, og stillingsandelene reflekterte et lavt studenttall. De fleste akademiske stillingene var bistillinger.

Argumentasjonen bak etableringen var blant annet preget av landets behov for kompetanse innen medisinsk teknologi. Nærheten til teknologimiljøene ved det som tidligere het Norges tekniske høyskole var et naturlig utgangspunkt for mye av forskningen, og man etablerte studietilbud innen sivilingeniørfagene som knyttet disse til medisinske anvendelser. Vi startet fullt medisinstudium i 1993, med moderne undervisningsformer som blant annet problembasert læring, kommunikasjonstrening, hovedoppgave over et helt semester og utplasseringsperioder.

I tillegg til dette var studiet bygd opp omkring organsystemer med gjennomgang

av relevante fagområder med tyngdepunkt mot basale fag tidlig i studiet og kliniske utfordringer mot slutten av studiet. Man ønsket integrasjon mellom tradisjonelle basalfag og kliniske fag, blant annet ved at pasienthistorier illustrerer basalfaglige problemstillinger allerede i starten av studiet. Tilsvarende streber vi mot å gjøre basalfaginnlæringen mot slutten av studiet til et større element, fordi medisinsk utvikling viser at det er relevant. En hjerneinfarkt pasient kan første året illustrere behovet for å lære nevroanatomi og -fysiologi, transmittere og nevrokjemi m.m. Senere i studiet kan samme pasient illustrere behovet for kunnskap innen klinisk nevrologisk undersøkelse, akutt behandling, rehabilitering, trygdemedisin, risikofaktorene ved cerebrovaskulære lidelser osv.

Det vi nå ønsker å fokusere på, er det prinsipp som fagmiljøene i Trondheim både på universitet og i universitetssykehuset har tatt konsekvensen av ved flere veivalg siden.

Da vi i 1995 la hovedstrukturene for nytt universitetssykehus, gjorde vi tilsvarende noen grunnleggende valg som har vært omdiskutert, men som på tross av modifikasjoner fortsatt i hovedsak opprettholdes. Disse valgene gikk ut på at vi valgte å organisere

byggningsstrukturene i enheter med organbasert forankring, illustrert ved separate bygg for nevrofagene, hjerte- og lungefagene, abdominale fag, og ortopedi/revmatologi.

Neste veivalg, som gjenspeiler den samme tenkning, var instituttorganiseringen ved Det medisinske fakultet. I 1997–98 dannet fakultetet for første gang en gjennomgående instituttstruktur, med 14 institutter. Faglig var instituttene den gang sammenfallende med innholdet i de enkelte sykehusbygg i det planlagte universitetssykehuset, med unntak av de basalfaglige instituttene som ble beholdt.

En ny utfordring ble eksponert i forbindelse med omstrukturering i NTNU. Alle fakultetene ble i 2001–02 pålagt å gå igjennom sine instituttstrukturer med klar oppfordring om å redusere antallet. Da tok vi det grepet som kanskje på sikt skal vise seg å være det viktigste vi har gjort. Vi samlet basale og kliniske forskergrupper i samme institutt. Timeplanen i studiet hadde gjort det lenge, men nå tok vi den faglig-administrative konsekvensen. Fra 1. september 2002 fremstår derfor Det medisinske fakultet NTNU med fem institutter (tab 1).

Hvert av instituttene har grovt regnet 100 personer tilsatt med smått og stort. Vår

Tabell 1 Instituttstruktur ved Det medisinske fakultet NTNU

Ny instituttstruktur	Omfatter tidligere institutter og fagområder	Lokalisering i nytt universitetssykehus
Institutt for laboratoriemedisin, barne- og kvinnesykdommer	Institutt for laboratoriemedisin Institutt for kvinne- og barnesykdommer	Labororiesenteret Kvinne/barn-senteret
Institutt for klinisk og molekylær medisin	Institutt for abdominale fag Institutt ved Miljøsenenteret Institutt for kreftforskning og molekylærbiologi Gastrofysiologi	Abdominalsenteret Miljøsenenteret Miljøsenenteret Abdominalsenteret
Institutt for samfunnsmedisin	Institutt for samfunnsmedisinske fag	Medisinsk teknisk forsknings-senter (MTFS)
Institutt for nevromedisin og bevegelse	Institutt for kliniske nevrofag Institutt for bein- og leddlidelser Institutt for psykiatri og medisinske atferdsfag	Nevrosenteret Bevegelsessenteret Psykiatrisenteret
Institutt for sirkulasjon og medisinsk bildediagnostikk	Institutt for hjerte- og lunge-medisin Institutt for anestesi- og bildediagnostikk Hjerte- og idrettsfysiologi Biomedisinsk teknikk	Hjerte-lungesenteret



Det medisinske fakultetet i Trondheim har hatt fullt medisinstudium siden 1993.



Medisinsk teknisk forskningssenter er fakultetets hovedbase.

unike mulighet er selvsagt knyttet til at vi nå bygger nytt universitetssykehus. Derved kan vi også arealmessig oppnå så nær kontakt som vi kan ønske mellom basalfagene og klinikken. Teknologitvillingen innen ultralyd med sivilingeniører og andre teknologer skal foregå i samme bygg hvor kardiologene anvender metodene på pasientdiagnostikk. Molekylærbiologisk forskning skal ha hovedarena i samme bygg som klinisk kreftbehandling osv.

Selv om vi har store ambisjoner for fakultetet vårt, innser vi at vi fortsatt er et lite fakultet med begrenset mulighet til å bygge store fagmiljøer innen spisse disipliner. Strategien vår er derfor motsatt, vi skal utnytte at vi kjenner hverandre og at vi kan skape utradisjonelle nærkontakter – og vi skal nyttiggjøre oss naturgitte forutsetninger. Resultatene av en slik prosess skiller oss fra de tre andre utmerkede medisinske fakultetene i landet, og er sannsynligvis til beste for alle parter.



Personlige opplevelser

Innlegg på inntil 1 000 ord om personlige opplevelser og erfaringer som pasient eller pårørende sendes til tidsskriftet@legeforeningen.no

Rapport fra en utenlandspasient

Toget krysser Sjælland en grå desember-ettermiddag. En rød sol henger i sørvest. Jeg er lege og nevrolog, men er nå blitt utenlandspasient – på vei til Svendborg helt sør på Fyn. I formiddag har jeg fløyet fra Torp, Sandefjord til Kastrup.

Min lidelse heter Oslers sykdom eller morbus Osler. Den er arvelig, består av utvidede blodårer – helst i nesen – og de ti siste årene har jeg blødd mer enn sunt er. Til å begynne med fikk jeg behandling med argonlaser ved Rikshospitalet, en behandling som må gjentas et par ganger i året. De to siste årene har ikke laseren virket. Det er ikke penger til ny, men det er bevilget en milliard til behandling i utlandet.

Derfor sitter jeg på toget. Det er god tid til å tenke. Hvordan kommer det til å gå? Behandlingen kan være ubehagelig og er ikke alltid helt vellykket. Det kan bli verre. Hvordan vil det være å blø mye på tur hjem? Skal jeg i tilfelle snu?

Turen koster tre arbeidsdager. En dag ned. Behandling neste formiddag. Observasjon over natten og utskrivning. Utenlandsbehandling åpner for ledsager hvis det er nødvendig. Jeg vet ikke om det er nødvendig i mitt tilfelle. I hvert fall sitter jeg alene. Det er litt trist, men jeg forteller meg selv at jeg er heldig som kan få behandling. Jeg har dessuten sagt til meg selv at jeg får ta det som en tur. I lommen har jeg huskelapp for innkjøp til jul; saltpølse, Svendborg-akevitt, bacon til lute-fisken (mye), oster, pateer, posteier.

På sykehuset

Så sitter jeg der – på gangen i et ikke altfor stort dansk sykehus. Øre-nese-hals-pasienter blir bedt om å sitte på de grønne stolene; lenger bort i korridoren er stolene røde. «De vil blive kontaktet av sygeplejersken.» Tvers over henger det også et oppslag om at øre-nese-hals-avdelingen som døgnavdeling er truet av nedleggelse. På arket ved siden av kan man signere mot dette tiltaket.

Døren til behandlingsrommet går opp og igjen med korte mellomrom. Jeg ser legen innenfor. Han ser hyggelig ut. Jeg håper det er min lege. Det var det ikke. Men min lege, dr. Poul Vase, var hyggelig han også. Han var også meget interessert i Oslers sykdom. Han hadde kontakt med forskere i USA på feltet og snakket om muligheter for behandling basert på nyere genetisk og molekylærbiologisk innsikt.

Selve behandlingen ble gjennomført etter virksom lokalbedøvelse. Under operasjonsmikroskop ble laseren styrt til de skadede blodkar. Etter hvert kommer det lukt som av brent svin. Det er litt problemer med høyre side. Jeg skal få mer behandling i morgen tidlig.

Etter behandling

Det blødde i går ettermiddag og i går kveld. Jeg har vært inne til en ny runde med laseren. Vase forteller at det er litt vanskelig å komme til langt bak. Det har jeg hørt før.

Så går turen hjemover. Jeg håper det beste. Hvis ikke, kan jeg kanskje komme tilbake, selv om det er dyrt. Bare flyturen koster kr 5 563.

Poul Vase forteller meg at han allerede har behandlet åtte nordmenn. Han skjønner ikke hvorfor vi ikke har laser selv. De 400 000 kronene laserapparatet koster, ville vi tjene inn på et øyeblikk. Jeg forteller noe om ikke å bruke for mye penger innenlands for å unngå inflasjon og press i økonomien. Han ser uforstående på meg. Innkjøp av laser fra utlandet ville på alle måter være meget fornuftig.

Mange fortellinger i medisinen handler om å skaffe penger til et godt formål. Denne historien handler om litt av hvert. Først og fremst var det meningen at den skulle handle om å spare penger og om hvor mølboland ligger.

Arnulf Hestnes

Nevrologisk avdeling
Sykehuset Vestfold
3103 Tønsberg