

Spesialiteter

Tidsskriftet presenterer med dette en jubileumskavalkade, som vi håper vil synliggjøre medisinen mangfold og ambisjoner og visjoner i fagmiljøet. Invitasjonen til å skrive gikk bredt ut. Forfatterne fikk i oppdrag å beskrive og reflektere over sitt eget fagområde, med vekt på utviklingen de siste 25 år, status i dag og utfordringer de neste 25 år. Bidragene er redigert av Elisabeth Swensen.

Allmennmedisin

Vi har et av verdens beste helsevesener – hvor allmennmedisinen er et viktig fundament. Norske allmennpraktikere har høy integritet og høy faglig standard. Vi er faglig stolte, har god lønn og er ganske fornøyd med oss selv. Allmennmedisin har de siste 25 årene gått fra å være et «ikke-fag» i akademisk sammenheng til å bli et klinisk hovedfag i legeutdanningen, og det står respekt av spesialitetens videre- og etterutdanning. Fastlegeordningen fungerer rimelig godt, og det er bedre legedekning over hele landet enn på lenge. Til og med pasientene er stort sett fornøyd med allmennlegene. Men alt er ikke såre vel.

Faglige utfordringer

Allmennmedisinen styrke er faglige kompetanse forankret i nærmiljøet.

Den raskt økende og kompliserte kunnskapsmengden som genereres innen medisinen er en spesiell utfordring. Mangfoldet i faget medfører akselererende krav til oppdatering både i bredde og dybde. Samtidig foregår det en kontinuerlig justering av grenseopp ganger mot andre spesialiteter og helsetjenesten for øvrig. En utfordring for allmennpraktikeren er å være seg bevisst egne faglige grenser.

Å holde hovedvekt på de kliniske aspektene i faget er en annen viktig utfordring. Daglig konfronteres befolkningen med useriøs helseinformasjon, slik som Dagbladets «10 spørsmål avslører risikoen for Alzheimer. Test deg selv!» – og fastlegekontoret fylles av engstelige, friske personer. Disse fortrenger behandling og oppfølging

av syke mennesker som trenger hjelp. Å skulle løse alle samfunnets generelle problemer kan lett bli ødeleggende for faget.

Befolkningens ønske om tilgjengelighet og kontinuitet i legepasient-forholdet kombinert med allmennlegens tiltakende bevissthet om egne sosiale rettigheter kommer lett i konflikt. Dette fører til større praksisenheter og legevaktordninger som av mange oppleves som upersonlige og som en fragmentering av det medisinsk-faglige ansvaret.

De akademiske allmennmedisinske institusjonene ved våre fire universiteter er små, underfinansierte og sårbare. Undervisningsoppgavene er formidable, samtidig som miljøene kan bli tvunget til å legge ned viktige og grunnleggende undervisningsoppgaver. Allmennmedisinsk forskning er for tiden økonomisk sulteføret og langt på vei uten faglig styring. Faget trenger nye tanker, ny struktur og friske penger for å komme videre med den genuine, praksisnære allmennmedisinske forskningen.

Utfordringer fra samfunnet

Det er særlig tre områder i samfunnet som influerer på utviklingen av allmennmedisin: demografiske endringer, befolkningens forventninger og teknologiutviklingen.

Pasientgrunnlaget er i ferd med å endres. Antall personer over 80 år i Norge vil bli doblet de neste 30–40 år. Eldrebølgen – med samsykdommer, polyfarmasi, alderspsykiatri og demens – er i ferd med å bli en gedigen utfordring for primærhelsetjenesten. Tilsvarende vil flerkulturell endring i lokalmiljøet medføre behov for ny kunnskap, nye holdninger og nye ferdigheter for de fleste allmennleger.

Internett påvirker befolkningens informasjons- og kommunikasjonsmuligheter. Informasjon har lenge vært tilgjengelig for pasienter i form av bøker, ukeblader, aviser og TV. Det nye er mengden, kombinasjonsmulighetene og tilgjengeligheten av denne informasjonen på nettet. Den informerte pasient som kommer på kontoret, klasker 20 sider med Internett-utskrifter på pulten din, ser deg inn i øynene og sier «jeg vet like mye om dette som deg, doktor», er i ferd med å bli en ny, spennende utfordring for allmennpraktikeren.

Samfunnet er blitt langt mer forbrukerorientert de siste årtier. Nye pasientgrupper med høye, ofte urealistiske forventninger til helsetjenesten og bevisst sine forbrukerrettigheter vokser frem. Ikke bare er det faglige innholdet i helsetjenesten viktig, hvordan denne tjenesten synliggjøres og tilbys brukeren betyr også mye. Tilgjengelighet, kvalitetssikring og «valuta for pengene» er nøkkelord for den forbrukerorienterte pasient.

Nye muligheter inne bioteknologi blir en av de sterkeste endringsfaktorene. Genteknologien gir uante muligheter for diagnose og behandling. Stamcelledebatten pågår for fullt, på samme måte som tapping og oppbevaring av navlestrengblod som en «biologisk forsikring» for resten av livet blir diskutert. Er det etisk forsvarlig? Det er filosofien, etikken, religionen som kommer



Fra Bilder fra klinisk praksis, en bildepakke til bruk i veiledningsgruppene i allmennmedisin, laget av Torgeir Gilje Lid, lege, og Rune Eraker, fotograf. Foto Rune Eraker

til å sette grensene, ikke teknikken, for hva vi bioteknologisk gjør de neste tiår.

Med kartleggingen av det humane genom på plass kan vi få vite vår egen risikoprofil. Allerede som barn kan vi få vite mye av hva som kan skje oss av sykdom og elendighet resten av levetiden. Hvor stor risiko har du for å få magekreft i en alder av 70 år? Hva bør du da spise som tenåring for å unngå dette? Hvis du får magekreft – er det da din skyld fordi du ikke har vært flink nok? Her blir det stort behov for medisinsk informasjon og veiledning.

Hva vil dette bety for allmennmedisinen?

Utviklingen henger ikke lineært sammen, og hendelser skjer ikke nødvendigvis i gitt rekkefølge. Sosiologen Anthony Giddens har vist hvordan sosiale strukturer og teknisk utvikling gjensidig og ofte uforutsigbart påvirker hverandre, og at utviklingen skjer i rykk og napp. Hvis jeg likevel skal være dumdristig og spør 25 år fremover i tid, er det to utviklingstrekk jeg vil trekke frem.

Det blir en kamp mellom det medisinsk-teknisk mulige og det personlige, etisk ønskelige innen klinisk medisin. Det medisinsk-faglige blir langt på vei tatt over av teknikere, roboter og automatiserte handlingsprogrammer. Etter hvert som verden blir mer virtuell og teknisk avansert, desto viktigere blir berøring og følelsesmessig støtte og veiledning. Det vil skje en dikotomisering, med et stadig større spenningsfelt mellom legen som tekniker og legen som veileder. Allmennmedisinen havner i dette skjæringspunktet og får en viktig rolle som veileder i risikospørsmål og som helsefaglig pedagog for sine pasienter.

For å overleve som profesjon må man i allmennmedisinen finne nye måter å arbeide på. Konsultasjonene blir færre og kortere, og mye av oppfølging og behandling av kroniske sykdommer vil skje per telefon eller virtuelt på nettet via sensorer plassert i, på eller i nærheten av pasienten. Utredning og behandling vil foregå i større, ofte private, integrerte multispesialistsentre, der allmennpraktikeren står for koordineringen. Alt blir gjort i løpet av en-to dager uten ventetid. Allmennlegen får en utvidet rolle som administrator. Vi rekvirerer undersøkelser og behandling og samler trådene. De andre spesialistene blir langt på vei allmennpraktikerens konsulenter.

I dette kaos av tilbud og etterspørsel predikerer jeg et stort behov for menneskelig kontakt. Jeg har derfor en sterk tro på allmennpraktikeren som pasientens personlige lege og medisinske veileder – også 25 år frem i tid.

Per Hjortdahl

per.hjortdahl@medisin.uio.no
Seksjon for allmennmedisin
Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin
Universitetet i Oslo

Anestesiologi

Anestesiologi er et ungt fag i Norge, den første anestesilegestillingen ble opprettet ved Rikshospitalet i 1947. I 1960 var det bare 12 spesialister i anestesiologi i Norge, mens det etter dette har vært en rask utvikling. I 1990 var tallet 370, og i dag er det flere enn 600 yrkesaktive spesialister, og ytterligere 250 er under utdanning. Denne ekspansjonen kan tilskrives to hovedtrender. Den ene trenden er at det er et økende engasjement fra anestesilogenes side; fra ren peroperativ administrering av generell anestesi til ivaretagelse av pasienten under *hale* den perioperative perioden. Den andre trenden er at anestesilogens ferdigheter og kunnskaper fra håndtering av pasientens fysiologiske funksjoner peroperativt også gir kompetanse som er vesentlig utenfor operasjonsstuen. Moderne anestesiologi hviler derfor på fire «søylar»: intensivmedisin, akuttmedisin og smertemedisin i tillegg til tradisjonell perioperativ anestesiologi.

Perioperativ anestesiologi

Den perioperative anestesilogien har vært preget av tekniske nyvinninger – både anestesilogiske og kirurgiske – samt av den farmakologiske utviklingen. Mindre traumatisk kirurgi har i kombinasjon med kortvirkende, styrbare anestesilogiske medikamenter bidratt til fremvekst av dagkirurgi. Anestesilogiens bidrag i form av raskere oppvåkning etter narkose, mindre kvalmeproblematikk og forbedret smertebehandling har vært vesentlige for denne utviklingen og er også kommet inneliggende pasienter til gode. Mindre bruk av muskelrelaxerende stoffer (curare) og økt bruk av larynxmaske med enklere luftveishåndtering har vært viktige faktorer. For lokal- og regionalanestesi er det i første rekke bedre teknikker og økt erkjennelse rundt fordelene ved hyppig og riktig bruk som har ført til fremskritt, mer enn nye preparater. Utviklingen har generelt ført til at eldre og sykere pasienter i større grad blir anestesert og operert med økt sikkerhet.

Intensivmedisin

De siste årene har det vært en utvikling i retning av færre, større og mer kompetente intensivenheter, som har ført til en uformalisert spesialisering av anesesiologer som er tilknyttet disse enhetene. Det er på nordisk basis blitt etablert en egen intensivmedisinsk etterutdanning av anesesiologer, og det er blitt opprettet nasjonale registre med kvalitetsdata og retningslinjer for klassifisering av intensivpasienter. Fagmessig har det vært en rivende teknologisk utvikling med bl.a. bedre respiratorer, bedre bildediagnostikk, nye dialysemetoder samt metoder for å understøtte og monitorere sirkulasjonen. Tendensen har vært en mer aggressiv holdning til å trene pasienter til å puste selv på et tidlig tidspunkt, samt mindre bruk av muskelrelaxerende stoffer og unødige tung sedering. I større grad blir medikamentell og annen behandling individualisert.

Akuttmedisinen

Anesesiologen har med sine kunnskaper og ferdigheter innenfor luftveishåndtering og intravenøs behandling en sentral plass i utvikling av metoder for resuscitering og stabilisering av hardt skadede og alvorlig syke pasienter av alle kategorier. I Norge har dette ført til at man de siste 25 årene har sett en landsomfattende utbygging av luftambulansetjenesten som bringer anesesiolog ut til skadestedet for stabilisering av pasienten med påfølgende rask transport inn til spesialavdeling. I tråd med dette har anesesiologer i stor grad vært med i oppbygging og faglig drift av nødmeldetjenesten, samt transport av dårlige pasienter mellom sykehus. Faglig sett har det i første rekke vært snakk om forbedret bruk av kjente medikamenter og metoder, supplert med ny teknologi på overvåkings- og kommunikasjonssiden.

Smertemedisinen

Innenfor smertebehandling har anesesiologenes engasjement ekspandert fra postoperativ smertebehandling til pasienter med alle typer smerte: kroniske smerter og kreftbetinget smerte, herunder lindrende terminal behandling. Også her er det blitt etablert uformalisert spesialisering og nordisk etterutdanning. Anesesiologer har opprettet frittstående smerteklinikker og ved de fleste store sykehus er det egne enheter, underlagt anesesiavdelingen, som driver tverrfaglig smerteklinisk virksomhet. Det har vært en stor fremvekst av basal kunnskap om smertens fysiologi de siste årene, og enkelte nye medikamenter er blitt utviklet. Imidlertid er behandling av kroniske smerter fremdeles et meget vanskelig og sammensatt område. Organisering av kjent viten og tiltak i en multidisiplinær ramme overfor den individuelle pasient står sentralt.

Fremtidsutsiktene

Samfunnet stiller stadig økende krav til sikkerhet, kvalitet, informasjon og dokumentasjon i pasientbehandlingen. Samtidig er økningen i fagkunnskap eksponentiell. For at den enkelte yrkesutøver skal kunne tilfredsstille samfunnets forventninger, vil vi i økende grad se en subspecialisering. Likeledes vil vi trolig også se en kla-