

JOURNALEN

OSLO LEGEFORENING

NR 4/2006

Spennende studentprosjekt:

Fastlegeordningen blir merkevare

Se side 3

TEMA
Oslo96

10 års jubileum for studiereformen

Sykehus-stress truer praksis

Effektivitetsjag. Utdanningsdekan Per Brodal og avdelingsoverlege Dag Jacobsen forteller om en hverdag der mange studenter føler seg fremmedgjorte. Det økte effektivitetsjaget ved Oslo-sykehusene er et av flere forhold som går ut over medisinstudentenes praksis. – Selv om det finnes mange unntak, er det et økende problem at mange studenter ikke føler seg velkomne ved sykehusavdelingene, sier Per Brodal, som ønsker seg endringer i lederkulturen.

Mangler. En ny undersøkelse viser at halvparten av de spurte medisinstudentene aldri, eller i de færreste tilfellene, er blitt fulgt opp og kontrollert på hvordan kontakten er mellom dem og pasientene. Førsteamanuensis Edvin Schei er redd ikke alle veiledere holder mål, og ønsker økt kursing i fag som psykologi og kommunikasjon.

Turnuskø. Medisinstudenter står nå i kø for å komme ut i turnus. Norsk medisinstudentforening frykter at 50 nyopprettede plasser kan gjøre forholdene enda verre.

Se side 4, 5 og 6



Foto: Kristin Mack

HAR UNDERSØKT: Kim Danielsson har kartlagt hvordan studenter følges opp i medisinsk og kirurgisk praksis. Mange er i stor grad overlatt til seg selv.



Foto: Per Helge Måseide

UFORBEREDT: Maja Elstad måtte som fersk turnuslege kommunisere med ambulansebåten via «vrenget kanal». Hun var uforberedt på bruken av moderne radiokommunikasjon. Elstad løste elegant problemet med å veive til båten med armene...

LEDER

Ny sykehjemsetat i Oslo



Svein Aarseth

Bystyret i Oslo gjorde før sommeren et vedtak om omorganisering av sykehjemstjenesten. En sykehjemsetat opprettes fra 1. januar 2007 og skal ha driftsansvar for alle byens sykehjem. Bydelene skal fortsatt via Bestillerenhetene avgjøre hvem som trenger plass, og bydelene skal betale for plassene.

Helsevernetaten har de siste årene registrert hvilke kvalitetsindikatorer sykehjemmene skal måles etter. Trykksår hos beboere i lavrisikogruppen varierer fra to til 25 prosent. Andel beboere med alvorlig vekttap varierer

fra to til 27 prosent. Det er også en foruroligende høy andel av beboere med såkalte sykehusinfeksjoner.

Dette er målbare parametre. Hva så med alle de mer myke og knapt målbare? Ikke rart at Seniorsaken 11. september kunne legge fram en spørreundersøkelse som viste at mange eldre er mer redde for å komme på sykehjem enn å dø!

Et sykehjem er først og fremst et hjem. Der bor det mennesker som på grunn av fysisk og kognitiv funksjonssvikt trenger kontinuerlig pleie og omsorg. Riktignok viser tilfredshetsundersøkelser, blant dem som evner å svare, rimelig grad av tilfredshet. Pårørende er ikke like enige. Det må være et tankekors for kommunen som eier at tilfredsheten stort sett er større blant beboere på hjem som er privat drevet. Men, for all del, de som jobber på sykehjem gjør en stor innsats. Det trenges flere hender, og først og fremst flere kompetente hender. Det må satses mer på personell som har helsefagutdanning, og viktigst: Mer medisinsk personell.

En kartlegging fra 2005 viser at det brukes om lag 35 legeårverk på Oslos sykehjem. Omlag to tredjedeler av arbeidet utføres av leger som er ansatt på sykehjem, og en fjerdedel av fastleger som har dette som allmennmedisinsk offentlig oppgave. Legetjenester utgjør bare én prosent av kostnadene til drift av sykehjemmene.

Legeforeningens statusrapport, «Når du blir gammel og ingen vil ha deg», angir følgende normtall: 1 uketime per 3 langtidsplasser, 1,5 uketime per korttidsplass, 3 uketimer per utrednings- og behandlingsplass og 5 uketimer per plass beregnet på palliasjon.

Skal legene velge sykehjem som arbeidssted, må lønnen være konkurransedyktig, rammebetingelsene gode og det faglige miljøet stimulerende. Her må Oslo kommune tenke nytt og kreativt, og vi skal gjerne bidra med ideer.

Aktivitetsplan 1. halvår 2007

12.-13. januar: Trinn I kurs for hovedtillitsvalgte med vara i Oslo kommune, Quality SPA & Resort, Holmsbu

20. februar: Møte med studenter med midlertidig lisens

Februar/mars: Tillitsvalgforum

Mars: Trinn I kurs for leger i offentlig sektor

April/mai: Ullevålkurs

April: Mentormøte

17. mai: Oslo legeforenings arrangement kl 12.00-14.00 i kantinen i Legenes hus

22.-24. mai: Legeforeningens landsstyremøte med valg på Kongberg

Juni: Møte med utenlandsstudentene

29. august: Årsmøte med valg i kantinen i Legenes hus

JOURNALEN

Journalen er medlemsavis for Oslo legeforening og utkommer fire ganger i året

Redaktør: **Per Helge Måseide**. Redaksjonssekretær: **Mette Ryan**. Medarbeidere i dette nummer: **Kristin Mack** og **Charlotte Lunde**

Postadresse: Oslo legeforening, Postboks 178 Sentrum, 0102 Oslo

Besøksadresse: Akersgate 2 (inngang fra Christiania Torv), 0107 Oslo. Tlf: 23 10 92 40. Faks: 23 10 92 44. Grafisk produksjon: Kampen Grafisk as

Styret	Navn/yrkesforening	Telefon	Arbeidssted	E-post	
Leder	Svein Aarseth	22 02 62 10	Frysja legekantor	svein.aarseth@legeforeningen.no	
Nestleder	Arne Refsum, Of	22 45 15 00	Diakonhjemmet Sykehus	arne.refsum@diakonsyk.no	
Styremedlemmer	Magnhild Aanje	22 82 10 60	Grorud legesenter	maanje@broadpark.no	
	Per Helge Måseide	22 11 80 80	Ullevål universitetssykehus	perhelge.maseide@ulleva.no	
	Bjørn Sletvold, Aplf	22 15 70 00	Grefsen legesenter	bjorn.sletvold@broadpark.no	
	Henning Mørland, LSA	23 47 40 00	Bydel Sagene	henning.morland@bsa.oslo.kommune.no	
	Christian Hall, LVS	67 92 88 00	Akershus Universitetssykehus	chall@klinmed.uio.no	
	Morten Wærsted, Namf	22 19 51 00	Statens arbeidsmiljøinstitutt	mwa@stami.no	
	Oscar Løvdal, PSL	22 93 04 50	Oslo Øre Nese Hals	oscarl@broadpark.no	
	Atle Einar Østern, Ylf	22 11 86 00	Ullevål universitetssykehus	atleinar.ostern@ulleva.no	
	Observatør	Lars Henrik Mariero, Nmf	22 85 50 50	Universitetet i Oslo	l.h.mariero@studmed.uio.no
	Sekretariat	Mette Ryan	23 10 92 40	Oslo legeforening	mette.ryan@legeforeningen.no
Anita Ingebrigtsen		23 10 92 42	Oslo legeforening	anita.ingebrigtsen@legeforeningen.no	
Kurskomité	Reidar Johansen, leder	22 95 55 90	Majorstukrysset legegruppe	reidar@doctor.com	
	Helsetjenester for leger	Paal-Inge Hestvold, leder	22 51 06 60	Bjørnsletta legesenter	phest@alfanett.no

Hjemmesider på Internett: www.legeforeningen.no/oslo

Oslo legeforening er en avdeling av Den norske lægeforening

Journalen er medlem av Fagpressen og redigeres etter Redaktørplakaten

Redaksjonen avsluttet 28.11.2006

Designere former fastlegeordningen

Charlotte Lunde

– Helsetjenesten trenger hjelp til å utvikle gode brukertjenester, mener samfunnsmedisiner Arild Bjørndal. Tretten studenter fra Arkitektur- og designhøgskolen (AHO) tilbyr nå hjelp i form av såkalt servicedesign.

– Det første du opplever når du skal til fastlegen, er ofte at du ikke kommer igjennom på telefon. Så finner du kanskje ikke kontoret på grunn av mangelfull skilting. Deretter møtes du av et trist venteværelse, før du eventuelt får henvisning videre til en spesialist du ofte må lete deg frem til i telefonkatalogens Gule Sider. Summen av dette utgjør en serie negative opplevelser som er ganske unødvendige, og som det går an å gjøre noe med, med relativt enkle midler, sier Bjørndal, som til daglig jobber ved Nasjonalt kunnskapssenter for helse-tjenesten (Kunnskapssenteret). Han har fulgt studentene på masterstudiet i industridesign der fastlegeordningen har vært høstens tema i faget interaksjons-design.

– Hvordan kan en tjeneste designes slik at den legger til rette for gode brukeropplevelser, spør Bjørndal retorisk. Og har svaret:

– Servicedesign er ikke bare estetikk, men kan også representere innovasjon på systemnivå. Den norske helsetjenesten er en av verdens dyreste, men klarer likevel ikke alltid å møte pasientene på en tilfredstillende måte, sier Bjørndal og får støtte fra en av studentene:

– Jeg tror helsetjenesten hadde hatt godt av å tenke tjenesteyting og service på et helt annet nivå enn det gjøres i dag, sier Noni Løvvik. Hun har utarbeidet prosjektet «Gripp – holistic health care» i samarbeid med André Granly og Castilnana Simoons, femte års industridesignelever. I prosjektet er fastlegeordningen formet som en merkevare med nasjonal utbredelse: Et konsept med en egen designprofil, hvor både ernæringsstilbud i form av kafé og



GRIPP: Studenter i industridesign har laget et prosjekt for helhetlig helseilbud der forebygging av livstilssykdommer står sentralt.

kostholdsveiledning, treningsstudio, eldresenter og helsestasjon er integrert som egne moduler. I tillegg har studentene utviklet en svært brukervennlig nett-tjeneste der brukerne/pasientene blant annet kan hente opp sin egen journal, og få kostholdstips etter tilpassede behov.

– Går du til legen og du får vite at du har høyt kolesterol, får du ikke nødvendigvis noe informasjon om hva du skal gjøre med det. Gripp er et støttenettverk av tjenester rundt legen, som legen da trygt kan overlate pasienten til. I og med at dette er et nasjonalt system, er det slik at journalen din også kan hentes opp uavhengig av hvor du flytter i landet, forklarer Løvvik. Masterstudentene har underveis hatt flere fastleger som forelesere, i tillegg til sin egen research, for å få et lite innblikk i hvordan førstelinjetjenestens hverdag fortoner seg.

– Mange leger forteller at de bruker mye tid på administrasjon og papirer. Gripp-systemet ville avlastet legene og fokusert på at de fikk jobbet mer med det medisinskfaglige. Flere og flere pasienter kommer også i dag med diagnoser de tror de har, som de har lest om på internett. Gripps netttjeneste kunne også fungert som en slags kvalitetssikret før-førstelinjetjeneste, der folk kunne få trygg

informasjon om det de trodde de feilet. Da ville legen vært spart for denne pasientgruppen på kontoret, sier Løvvik.

Den store innvendingen for dette drømmekonseptet er selvfølgelig at det koster penger. I utgangspunktet er merkevarebygging et ord de fleste forbinder med private næringsinteresser. Men studentene har også måttet forholde seg til økonomiske problemstillinger i prosjektet.

– Vi har tenkt på ulike finansieringsmodeller, stiftelse, kontingentavgift og lignende, men det er klart at dette hadde kostet staten endel penger. Hadde det offentlige turt å investere penger i et slikt system, tror vi likevel det kunne fungert forbyggende i forhold til livstilsykdommer, sier Løvvik.

– Vi tenkte visjonært, og vårt mål var å lage et konkurransedyktig system som det private helsevesenet ville misunt det offentlige.

Om ikke helseministeren er den første designstudentene får på tråden, er det liten tvil om at servicedesign er et tema helsevesenet etter hvert er nødt til å forholde seg til.

– Jeg er overbevist om at helsetjenesten vil være utformet på en helt annen måte om tyve år når det gjelder brukeraspektet. Helsetjenester er jo til syvende og sist en form for service, sier Bjørndal.

Etterlyser mer praksis og konkurranse om studentene

Per Helge Måseide
Charlotte Lunde

– Vi utdanner en ny generasjon leger som ikke alltid vet hva de kommuniserer om, sier avdelingsoverlege Dag Jacobsen ved Ullevål universitetssykehus. Han etterlyser mer relevant sykehuspraksis, gjerne ved mindre sykehus, som kan ta bedre hånd om studentene.

En uohøytidelig rundspørring tyder ellers på at ferske leger utdannet i Norge, oppfattes som solide, uavhengig av hvor de har studert.

Studieplanen Oslo96, basert på problembasert læring (PBL), ble nylig markert med et jubileumseminar. Studiemodellen legger vekt på tidlig pasientkontakt og regelmessige studentgruppemøter der pasientkasuistikker danner utgangspunktet for læringen.

Professor **Dag Jacobsen** som er avdelingsoverlege ved Akuttmedisinsk avdeling, Ullevål universitetssykehus, mener at kommende leger får altfor lite klinisk erfaring med dagens studieordning.

– Studentene er altfor lite på avdelingene, og de har relativt sett for mye PBL. Vi utdanner en ny generasjon leger der mange er flinke til å kommunisere, men som ikke alltid vet hva de kommuniserer om, spissformulerer Jacobsen overfor Journalen. Han mener at Oslo96 var en viktig reform, men at pendelen nå har svingt for langt i teoretisk PBL-retning.

– Nå må klinikken prioriteres, så vi kommer inn på den gyldne middelvei, sier den erfarne professoren, som forteller om studenter som sitter passive på en stol i sykehusmottagelsen og venter på at de dårligste pasientene skal ankomme.

– I stedet bør de i større grad aktiviseres inn i det rutinemessige mottaket av pasienter med vanlige sykdommer, som selv på Ullevål utgjør mer enn 90 prosent av pasientene.

Engstelige studenter

Administrerende overlege **Cecilie Daae** har vært tilknyttet Studenthelsetjenesten ved Samskipnaden i Oslo i seks år. Daae opplever at de nyutdannede legene er mer engstelige for å ta egne beslutninger.

– Jeg tror det har med generelle utviklingstrekk å gjøre. Det er et stadig sterkere fokus på klager og kunde-perspektiv, og jeg er derfor usikker på om det direkte har noe med endringer i studieplanen å gjøre.

På den positive siden mener Daae at legene blir sterkere som praktikere.

– Når det gjelder evnen til teamarbeid og det å forholde seg til andre profesjoner, er det fortsatt mye å hente for den jevne medisiner, mener hun. Daae har inntrykk av at de blivende legene er mer målrettede, og smalere, i sin lesning enn tidligere: – Det virker som om studentene graver seg dypere ned, men at de har mindre oversikt og faglig bredde sammenliknet med tidligere.

Ved psykiatrisk/psykologisk seksjon er man bekymret for psykiatrikunnskapene etter at utplasseringstiden i 1999 ble redusert fra 24 til 14 dager, over en kortere periode. Men ennå har man ikke sett noen konsekvenser hos studentene, opplyser Daae.

– Fungerer godt

Seksjonsoverlege **Anette Hysten Ranhoff** har fulgt opp turnusleger og nyansatte assistentleger i en årrekke, både ved Diakonhjemmet sykehus hvor hun nå er ansatt, og ved Ullevål universitetssykehus. Hun ser ingen tydelige forskjeller på leger utdannet i Oslo, sammenliknet med andre norske studiesteder.

– Leger utdannet i Norge og norske leger utdannet i utlandet, har i all hovedsak utviklet riktige holdninger til å løse kliniske problemer og fungerer godt i det norske helsevesenet. Men det er en del individuelle forskjeller, sier hun.

På Aker universitetssykehus er man godt fornøyd med legene som er utdannet i Oslo, forteller seksjonsoverlege **Morten Mowé**.

– De legene fra Universitetet i Oslo vi

har ansatt hos oss, og som har vært her i turnus, er både flinke og behagelige, sier Mowé som arbeider ved Akutt geriatrisk seksjon, Medisinsk klinikk, og som har vært ansvarlig for nyansettelser i en årrekke.

– Jeg tror nok at de nyutdannede legene er flinkere enn hva jeg selv var, sier han. For øvrig synes han at det er vanskelig å skulle beskrive utviklingstrekk over tid. Mowé synes heller ikke at det er lett å finne noen forskjeller vis å vis leger utdannet i Bergen: – Kanskje er forskjellene internt på et studiested større enn mellom studiestedene, undrer han.

– Lite velkomne

Dag Jacobsen mener at mange studenter føler seg som fremmede og som et hår i suppen, fordi de er så lite i klinikken. Men også holdningene til ansatte på de store sykehusene må ta sin del av skylden.

– Det er viktig å stille pent med studentene. Dessverre er ikke alle leger like imøtekommende. Selv om noe av dette kan skyldes det økte arbeidspresset på sykehuset, må vi tenke positivt om våre kommende kolleger. Studentene kan eksempelvis få gjentatte kommentarer om hvor dårlige de er i kliniske ferdigheter, sier avdelingsoverlegen, som har to døtre som har fulgt i farens fotspor. Den ene er i turnus, og den andre er fortsatt medisinstudent.

Jacobsen mener også at dersom de store universitetsklinikkene ikke makter å gi studentene en god undervisning, så får Universitetet heller sende dem til mindre sykehus som Diakonhjemmet eller Lovisenberg, hvor de i større grad kan møte pasienter med vanlige sykdommer og personale som tar seg bedre av dem.

– En slik løsning kan også medføre konkurranse om studentene, slik at ordet universitetsklinikk betyr at man er stolt av studentene sine, sier Jacobsen.

Mindre praksis med flere turnusplasser

Når turnustjenesten utvides med 50 nye plasser på nyåret, kan kvaliteten på tilbudet bli dårligere, mener Norsk medisinstudentforening (Nmf).

Nylig ble det kjent at myndighetene velger å løse turnuskøen ved å utvide ordningen med 50 nye plasser. I øyeblikket står 100 norske medisinstudenter i kø for å få turnusplass. – Disse nye plassene ble opprettet uten at vi ble involvert i prosessen, sier **Einar Sundal** i Nmf. Han mener tiltaket er problematisk.

– Vi vet fra før at turnusordningen er presset. 50 nye plasser vil få konsekvenser for kvaliteten i ordningen ved at det blir flere turnusleger per pasient. Vi synes det er kritikkverdig at myndighetene utvider kapasiteten før en evaluering, initiert av Legeforeningen, er fremlagt og man kjenner konsekvensene av en utvidelse, avslutter Sundal.

Redaktøren kommenterer

Kampen for en bedre legeutdanning

TEMA
Oslo96

Per Helge Måseide

1996 var både året da jeg skulle møte verden som nyutdannet turnuslege og da de nye medisinstudentene skulle introduseres til en helt ny og radikalt endret studieordning.

Problembasert læring (PBL) skulle langt på vei erstatte katedrale forelesninger, og studentene skulle møte pasientene tidlig i studiet, og ta et større ansvar for egen læring i tett samarbeid med sine med-studenter. Integrering og dybdelæring var viktige stikkord.

Avdøde kirurgiprofessor på Ullevål universitetssykehus, Kaare Solheim, var en foregangsmann når det gjaldt klinisk studentundervisning og ledet arbeidet med å utforme en tidlig idéskisse for en ny studieplan. Det pedagogiske systemet skulle omlegges radikalt. Målet var å integrere basalfagene og de parakliniske og kliniske fagene tettere.

Per Brodal ledet det videre arbeidet med en konkret utforming av den nye studieplanen. Gjennom sin pedagogiske og milde framtoning, kombinert med en utrettelig gjennomføringsevne, snudde han møysommelig viktige nøkkelpersoner til å innse at drastiske grep var nødvendige. Sammen med en delegasjon fra fakultetet samlet han erfaringer fra sentrale utdanningsinstitusjoner, også utenfor Norges grenser.

Studentene, som hadde førstehånd erfaring med «vegg til vegg»-forelesninger og hele 26 eksamener, ble viktige bidragsytere. Særlig var John-Arne Røttingen og Per Medbøe Thorsby aktive. En bredt sammensatt referansegruppe sørget for å forankre den nye planen blant studentene. Medisinsk Studentutvalg (MSU) oppnevnte tillitsvalgte til råd og utvalg på fakultetet og hadde en viktig støttefunksjon.

Hva med legerollen?

Tidligere undersøkelser tyder på at studentene har vært fornøyde med Oslo96. Selv om Oslo96 har vært et stort framskritt i legeutdanningen, er det vanskelig å finne entydige tegn på at de nyutdannede legene er blitt flinkere enn sine forgjengere. Leger utdannet i Bergen

oppfattes som jevn gode med leger utdannet i Oslo, Tromsø og Trondheim, til tross for at Det medisinske fakultet i Bergen alltid har vært en sinke i studieplansammenheng. Det kan tyde på at forskjeller mellom studiene utjevnes i praksis og turnus.

Selv om man har fått en sterkere betoning av humanistiske verdier i medisinstudiet, er både lærerne og de sykehusansatte stort sett de samme som tidligere. Dagens studenter er i for stor grad overlatt til seg selv når de skal lære å undersøke pasienter systematisk. En sykehushverdag preget av effektivitetsjag og stress, gjør at studentene oppleves som et fremmedelement og ikke som hovedpersoner. Kanskje er det en idé å bruke økonomiske virkemidler overfor de sykehuslederne som ikke forstår viktigheten av å ta vare på studentene? Samtidig hjelper det lite å forbedre medisinstudiet, dersom mindreverdige turnusplasser tas i bruk eller at turnustjenesten først kan ta til når kunnskapene har begynt å ruste.

«Dere er ikke håret i suppen, det er dere som er suppen», sa psykiater Tor Jacob Moe på et studentseminar på mitt kull. Dessverre har han ennå ikke fått rett i dét.

– Vanskeligere å være utplassert

Per Helge Måseide



Foto: Øyvind Brodal

Per Brodal etterlyser endringer i lederkulturen som gjør at studentene føler seg velkomne ved sykehusavdelingene.

– Selv om det finnes mange unntak, er det et økende problem at mange studenter ikke føler seg velkomne ved sykehusavdelingene, sier professor Per Brodal, prodekan for utdanning, og primus motor for Oslo96. Han angir flere mulige årsaker til dette; økt arbeidspress og at de universitetsansatte professorene ikke lenger er avdelingsledere, slik de i større grad var tidligere: – Det er et lederansvar å lage en kultur der utdanning er en viktig del av avdelingens virksomhet, og der studentene er velkomne og ikke blir møtt med spørsmål om hvorfor de er der, sier Brodal, og nevner et styrevedtak på Ullevål universitetssykehus som slår fast at alle leger er ansvarlige for legeutdanningen:

– Fakultetet jobber nå aktivt i sam-

arbeid med ledelsen ved Ullevål med å trekke leger som ikke er ansatt ved Universitetet, mer systematisk inn i klinisk smågruppeundervisning, sier han.

Brodal tilbakeviser samtidig at smågruppeundervisningen er kommet skjevt ut som en følge av innføringen av PBL: – Det har hele tiden ligget som en premiss at den kliniske smågruppeundervisningen ikke skulle reduseres ved innføringen av PBL, og det har den heller ikke blitt. Studentene gir ofte uttrykk for at de ønsker seg mer smågruppeundervisning, men dette er delvis også et ressurs spørsmål. Ofte blir det åtte studenter i gruppene, i stedet for seks som er målet, slik at det ikke nødvendigvis hjelper bare å øke omfanget av denne undervisningen, forteller Brodal.

Manglende veiledning

Kristin Mack
Per Helge Måseide

Ti år etter innføringen av den nye studieplanen, Oslo96, er studentene i stor grad overlatt til seg selv i møte med de virkelige pasientene.

En undersøkelse gjennomført av medisinstudenten Kim Danielsson, viser at bare en av fem studenter ved Universitetet i Oslo har hatt veileder til stede hele tiden eller tilgjengelig, når de selv skal lære å undersøke pasienter.

Danielsson har i samarbeid med Norsk medisinstudentforening (Nmf) gjennomført en spørreundersøkelse blant

studentene i kirurgisk og medisinsk termin ved de fire norske universitetene som utdanner leger. Han la fram funn fra sin undersøkelse ved Det medisinske fakultets jubileumsseminar 27. oktober.

Pasientkontakt et svakt punkt

Danielsson undersøkte i hvilken grad det ble gjennomført oppfølging og kontroll av studentene ved anamneseopptak, undersøkelser, praktiske prosedyrer, pasientkontakt og ved skriving av journal.

Undersøkelsen konkluderer med at det særlig er i kontakten med pasientene at veiledningen er fraværende eller mangelfull. Annenhver student rapporterte at de aldri eller i de færreste tilfellene, er blitt fulgt opp og kontrollert på hvordan kontakten er mellom dem og pasienten. Samtidig

oppgir om lag hver tredje student sviktende oppfølging når det gjelder opptak av sykehistorie, undersøkelse av pasientene og utførelse av praktiske prosedyrer.

Fornøyde studenter

Likevel er studentene stort sett fornøyde med den veiledningen som gis. Over 70 prosent av studentene rapporterer at de har fått bra eller varierende bra veiledning i den kliniske smågruppeundervisningen, hvor flere studenter treffer en eller flere pasienter.

– Det er store forskjeller i klinisk smågruppeundervisning både ved ulike fakultet og ulike sykehus. Generelt kommer Oslo godt ut i undersøkelsen, men også her finnes et klart forbedringspotensiale, sier Danielsson i en kommentar.

– For ingeniørpreget medisin

Edvin Schei tror det blir bedre leger av å styrke de humanistiske sidene ved legeutdanningen. Han frykter at studentenes forbilder ikke alltid er gode nok, og ønsker jevnlig kursing av veiledere innen fag som kommunikasjon og psykologi.

– **Blir det bedre leger av å endre medisinstudiet?**

– Man må gå ut fra at det er en sammenheng mellom utdanning og kompetanse, sier førsteamanuensis ved Institutt for samfunnsmedisin ved Universitetet i Bergen, Edvin Schei.

– Dette er også til dels målbart. Medisinen har vært for ingeniørpreget, og et studium som prøver å gjøre studentene

tryggere på det humanistiske aspektet, anser jeg som en bevegelse i riktig retning. Men det er selvfølgelig alltid muligheter for at gode hensikter gir dårlige resultater, eller at skjulte mekanismer kan virke uheldig inn, tilføyer han.

– Det gamle har lett for å bestå, sier Schei til Journalen og snakker om «det skjulte pensum». Han er opptatt av måten forbildene opptrer på og peker på at kliniske veiledere gjerne er ansatt fordi de er gode forskere, ikke fordi de er spesielt flinke til å undervise eller har stor kunnskap i «menneskefagene». – Dette er uheldig. Modelleringen er sterk, og forbildenes oppførsel tolkes ofte som det korrekte.

– **Hva kan gjøres for å bedre dette?**

– Jeg tror at det å forstå og mestre andre, forutsetter en viss evne til å forstå og mestre seg selv. Menneskekunnskap og evne til

kommunikasjon er mer enn ren folkeskikk.

Kliniske veiledere bør øke sin bevissthet omkring følelser og eksistensielle problemer som ligger i medisinen. Hvordan skal man lære studenter å være empatiske hvis ikke veilederne selv evner å behandle dem empatisk, spør Schei.

– **Hvordan ser du for deg at dette skal gjøres i praksis?**

– Kliniske veiledere bør kurses med jevne mellomrom under ledelse av fagfolk med relevant kunnskap, for eksempel innen psykologi og kommunikasjon. Dette kan kombineres med at veilederne gir tilbakemeldinger til hverandre, gjerne med utgangspunkt i tilbakemeldinger og problemstillinger fra studentene, sier Schei, som var en av de inviterte foredragsholderne ved Det medisinske fakultets 10 års jubileumsseminar for Oslo96.

Hva synes du om Oslo96?

Foto: Kristin Mack



Lars Henrik Mariero
5. semester

– Jeg opplever variabelt utbytte av PBL-undervisningen. Kvaliteten på gruppene er svært avhengig av PBL-veileder og gruppe-medlemmenes deltagelse. Men alt i alt er jeg positiv til Oslo96.



Øivind Ørstavik
5. semester

– PBL kombinerer fag, samarbeid og kommunikasjon, og kan under ideelle omstendigheter fungere veldig godt. I sin helhet er jeg fornøyd med Oslo96. Reformen gir tilbud og muligheter som skaper et inspirerende studium.

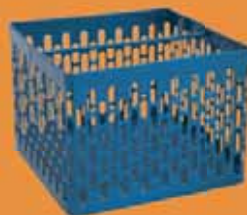


Stian Østland
1. semester

– Selv om jeg ser enkelte svakheter, fremmer Oslo96 tanken om livslang læring og et dynamisk kunnskapssyn. Forhåpentligvis bidrar dette til at fremtidens leger er mer åpne for refleksjon. Det liker jeg.

Kurv vaskesystem fra Medinor

Nå er det slutt på å skade seg på skitne instrumenter



Regulerbar bredde, passer til de fleste oppvaskmaskiner!



MEDINOR

Medinor ASA Oslo
 PB 94 Bryn
 0611 Oslo
 Tlf. 22 07 65 00
 Fax. 22 07 65 05

Medinor ASA Bergen
 PB 303 Sentrum
 5804 Bergen
 Tlf. 55 94 83 10
 Fax. 55 34 23 34

Medinor ASA Sandnes
 Luramyrveien 11
 4313 Sandnes
 Tlf. 51 63 79 79
 Fax. 51 63 79 80

Medinor ASA Trondheim
 Travbaneveien 1
 7044 Trondheim
 Tlf. 73 82 64 50
 Fax. 73 82 64 60

Returadresse:
Oslo legeforening
Postboks 178 Sentrum
0102 Oslo

B-Economique
NORGE



...i forbifarten

Anne Karen Jenum

Mette Ryan



Foto: Pål Jenum

Født 1951

Utdanning

Cand. med. Bergen 1975, MPH Tromsø 1992, spesialist i samfunnsmedisin og i allmenntilleggsmedisin, dr. med. 2006

Praksis

Turnus ved Hammerfest og Harstad sykehus, ass. lege ved Christiegaten helsestasjon, Harstad sykehus, Ahus, UUS, ass. fylkeslege i Oslo, bydelslege I og bydelsoverlege på Romsås/Grorud, p.t. post doc stipend knyttet til Diabetesforsknings-senteret ved Aker universitetssykehus. Arbeider deltid som fastlege på Romsås legesenter

Tillitsverv

Landsstyremedlem, leder LSAs kvalitetssikringsutvalg, HTV for legene i fylkeslegeetat, medlem av Kvalitetssikringsutvalget og i Spesialitetsrådet

Anne Karen Jenum er i høst tildelt Karl Evangs pris for sin mangeårige innsats for folkehelsearbeid gjennom forebygging og helseopplysning, først og fremst i bydel Romsås. Hun står bak MoRo-prosjektet (Mosjon på Romsås), og tok sin medisinske doktorgrad på dette prosjektet som er mye omtalt nasjonalt og internasjonalt.

– Hvorfor har du interessert deg for forebygging?

– I praksisen nordpå fikk jeg se tragiske dødsfall hos barn og tidlig død som følge av hjerte/karsykdommer, og oftest var det sammenheng med samfunnsforhold. En utsatt gruppe var fiskere. Jeg spurte meg om noe kunne vært gjort tidligere? I Oslo Øst så jeg senere det samme mønsteret. Innvanderne representerte nye utfordringer. Det var slående store helseforskjeller mellom Oslo Vest og Oslo Øst.

Romsås er som et lite lokalsamfunn i en by. Forekomsten av diabetes var alarmerende høy i visse innvandrergupper, og det var nødvendig å utvikle nye metoder i et helsefremmende arbeid, rettet mot noen av de største helseutfordringene som fysisk inaktivitet og overvekt.

– Hvordan kom du i gang med MoRo-prosjektet?

– Jeg kom lett i dialog med politikerne på Romsås som syntes det var belastende med stadige oppslag i media som «Lever kortest på Romsås». Vi fikk i stand et faglig samarbeid med Idrettshøyskolen, Statens helseundersøkelser og Aker universitetssykehus, og har samarbeidet nært med representanter for befolkningen som viste stor dugnadsinnsett. Det gledet meg stort da bydelsutvalgslederen, etter et langt innslag i NRK Puls, sa «Nå har vi rettet ryggen».

– Metodene var en kontrollert, men ikke randomisert studie. Oppfølgingsstudien er publisert i Diabetes Care. Jeg er invitert til å holde foredrag om prosjektet på verdenskongressen til International Diabetes Federation i Sør-Afrika i desember.

– Hvordan nyttiggjør du dine kunnskaper til beste for pasientene?

– Med deltidsstilling i bydelen ved siden av post doc stilling ivaretar jeg det kliniske arbeid og har god kontakt med pasientene. Håndtering av høyriskoindivider og samspillet mellom individ og miljø i vid forstand, opptar meg. Det har tatt tid å bygge opp den kompetansen jeg nå har. Som du skjønner er jeg som samfunnsmedisiner fortsatt opptatt av et bredt spekter. Mannen min sier jeg leser for mye faglitteratur, men min faglige nysgjerrighet er stor.

– Jeg håper å få flere med når det gjelder helsefremmende arbeid og diabetesforskning. Bydel Stovner har laget en folkehelseplan, og det er politisk vedtatt å sette i gang forebyggende tiltak i Groruddalen med MoRo-prosjektet som mønster. Den økende forekomst av fedme og diabetes i svangerskap er et spennende felt.

Anne Karen uttrykker glede og er ydmyk over at hun er tildelt Karl Evangs pris. – Det er et stort arbeid som ligger bak, og hadde jeg kastet meg ut i dette hvis jeg hadde visst omfanget? Jo, jeg hadde nok det! – sier Anne Karen med et lunt smil.

iser • Notiser • Notiser • Notiser • Notiser • Notiser • Notiser • Notiser • Notiser

Fremgangsmåte ved salg av praksis

Ledig avtalehjemmel for fastlege eller spesialist skal utlyses. Før utlysning er det viktig at selger avklarer med bydel/helseforetak om eventuelle endringer i beliggenhet. Legen søker på hjemmelen som for legestillinger for øvrig. Bydelen, alternativt Helse Øst RHF, tildeler hjemmelen. Gjenværende lege(r) skal høres i prosessen og deres vurdering tillegges vekt. Tildelingen er forvaltningsmessig et enkeltvedtak som kan påklages.

Pris på inventar, utstyr og opparbeidet

praksis avklares mellom kjøper og selger. Det er dette som er gjenstand for økonomisk oppgjør og ikke pasientlister. Ved uenighet avgjøres prisen av nemnd der kjøper og selger utpeker hver sin oppmann og disse utpeker leder. Nemndavgjørelsen er bindende.

For avtalespesialister og i KS-området utpeker Legeforeningen nemnden. Oslo legeforening har ønsket at dette også skal inn i Rammeavtalen for fastlegeordningen i Oslo.

Lånefondet kan låne ut inntil kr 600.000 for utgifter ved oppstart og reetablering av praksis.

Korridorpasienter – problemet må belyses

Korridorpasienter var tema på et åpent medlemsmøte i Oslo legeforening i oktober der representanter fra Helse Øst RHF, Sykepleierforbundet, praksiskoordinatorer og -konsulenter fra sykehus i Oslo-området deltok. Legeforeningen er anmodet om å belyse problemstillingen i en statusrapport eller at det blir gjenstand for et gjennombruddsprosjekt. Referat fra møtet finner du i Tidsskriftet, nr. 22/2006.