

4.2 Undervisningen i allmennmedisin på 1990-tallet: Fra smakebiter til klinisk hovedfag med egen eksamen

Michael 2022; 19: Supplement 29, 120–36.

På 1980-tallet ble vidløftige planer lagt for å gjøre allmennmedisin til et viktig og omfattende fag i grunnutdanningen av leger i Bergen. Dette kapitlet omhandler den allmennmedisinske delen av legeutdanningen på 1990-tallet, etter at Institutt for allmennmedisin ble til Seksjon for allmennmedisin. Når det gjaldt undervisningen, fungerte seksjonen på mange måter selvstendig som et institutt, og fikk etter hvert gjennomslag for de viktigste elementene: En egen allmennmedisinsk hovedtermin i siste studieår, inkludert en lengre praksisperiode, og en egen, avsluttende eksamen i faget. Et viktig virkemiddel og strategi i denne perioden var å fronte begrepet Allmennmedisin som det tredje kliniske hovedfag, ved siden av indremedisin og kirurgi. Strategien lyktes i stor grad. Dette ga økt status, både hos studentene, i fakultetet og blant de andre instituttene.

Institutt for allmennmedisin la betydelig arbeid i planene for et stort allmennmedisinfag ved fakultetet i Bergen. Denne målsettingen ble videreført da miljøet ble til Seksjon for allmennmedisin i det nye storinstituttet. Dokumentet *Å lage gode leger. Mål og plan for den allmennmedisinske grunnutdanningen* ble til og med utgitt som bok på Universitetsforlaget i 1986. Studieplanen skulle utgjøre et hele, med et samlet pedagogisk opplegg (tabell 1).

Planens ytre rammefaktorer var dels antall studenter i den kliniske delen av studiet og dels den studieplanen man hadde utover 1980-tallet. Det ble den gang tatt opp 110 studenter årlig til preklinikken, der 40 reiste til Trondheim for klinisk utdanning der, og 70 som fortsatte i Bergen. Disse 70 ble delt i to halvull á 35 studenter etter preklinikken, kalt julekull og påskeull, etter når kullet avla sin prekliniske eksamen.

Tabell 1: Institutt for allmennmedisin sin ambisiøse plan for studentundervisningen i allmennmedisin, slik den fremstilles i dokumentet Å lage gode leger. Planen inneholder først en gjennomgang av argumentene for allmennmedisin som et omfattende undervisningsfag, så en gjennomgang av hva studentene burde tilegne seg av kunnskaper og ferdigheter i faget, før de konkrete undervisningselementene ble presentert som åtte spesifikke elementer.

I	Introduksjonsundervisningen (1. år)
II	Allmennmedisindelen av adferdsfaget (1. år)
III	Integrert undervisning allmennmedisin – basalfagene (2. år)
IV	Propedeutisk allmennmedisin (3. år)
V	Integrert undervisning allmennmedisin – de klinisk sykehusfag (3.–6. år)
VI	Den allmennmedisinske periode, inkludert praksismåneden (5. år)
VII	De allmennmedisinske klinikker (6. år)
VIII	Eksamen (6. år)

1990-tallet – studieplanenes tiår

Rammebetingelsene var imidlertid ikke så stabile som vi trodde. Allerede fra 1990 kom det en studieplan som ga andre forutsetninger og muligheter for allmennmedisinfaget. Utover åttitallet utviklet det seg nemlig en stadig større generell misnøye med den gamle studieplanen i medisin i Bergen.

1990-revisjonen – et kortvarig og katastrofalt mellomspill

Etter et meget langvarig forarbeid ble den gamle planen avløst av den såkalte *1990-revisjonen*. Arbeidet ble ledet av Flora McDonald Hartveit, professor i patologi. Allmennmedisin ble her gjort til et gjennomløpende og sammenbindende hovedfag:

- *Preklinikken* var beholdt, mens klinikken ble forandret med vekt på integrering av fagene. I preklinikken fikk allmennmedisin timer til integrert undervisning med basalfagene.
- Det ble laget et *Grunnkurs klinikk*, der allmennmedisin og samfunnsmedisin fikk to av de fire ukene.
- Det kom en *allmennmedisinsk periode* i 5. studieår med tre ukers praksisopphold i allmennpraksis, fra 1991 fire uker, i tillegg til åtte dager teoriundervisning.
- For første gang ble det innført obligatorisk *særoppgave*, der allmennmedisinske oppgaver i alle år senere har vært populære og mangfoldige.
- Det ble gjort prinsippvedtak om *eksamen i allmennmedisin*.

- Men særlig hadde man store forventninger til *emnekretsundervisningen*. Her skulle et medisinsk emne, eksempelvis gallesykdom, belyses av kirurger, indremedisinere, patologer, allmennleger og andre i en samlet seanse på 90–120 minutter. Fagfolkene hadde hver 10–15 minutters innlegg, som en minikongress, og det ble utarbeidet små sammendrag (abstract) til hvert innlegg. Meningen var at underviserne skulle høre på hverandre, og så delta i en diskusjon med studentene og hverandre. Allmennmedisin var godt representert, og deltok i hele ni ulike emnekretser.

Professor Hartveit hadde nok de beste intensjoner med opplegget. Det skulle fremme integrering, akademisk tilnærming og studentens ansvar for egen utdanning. Men fra nærmest første dag strandet planen på grunn av manglende forståelse og entusiasme hos foreleserne. Noen nærmest saboterte timeplanen. Forsøket på integrering resulterte i oppsplitting, og det ble økende misnøye både hos studenter og undervisere. Undervisningen sto i fare for å kollapse, og læringsutbyttet var truet.

Dermed kom varselet i 1992 om økning i studenttallet fra 75 til 120 som en gave fra oven. Hele den kliniske delen måtte brått omformes, og det var stor enighet om at en ny plan måtte på plass.

120-planen

Den nye studieplanen fikk naturlig nok navnet *120-planen*. Fagmiljøene deltok entusiastisk i planleggingen, og i løpet av et snaut år var planen ferdig. Nå ble all undervisning splittet opp i fagblokker. Ideen var ansvarsfordeling: Hvert fag former best sin undervisning innen egne rammer. Integreringen ble forlatt, hvert fag ble en egen vogn i et langt tog. Dette var stikk i strid med mye av hvordan allmennmedisinmiljøet mente at en moderne studieplan i medisin skulle være. Anders Bærheim skrev i nyhetsbrevet vårt:

«For øvrig er det en slående likhet til studieplanen i medisin slik den var i 1826 ved Det Kongelige Frederiks Universitet i Christiania, bortsett fra at en i sistnevnte studieplan tross alt avsluttet med et kurs i vitenskapsteori!»

Men for allmennmedisin var planen ikke så dårlig. Ingen turde å angripe de elementene vi allerede hadde fått innført i 1990-revisjonen, og det var etablert et godt grunnlag og forståelse for en videre utbygging av allmennmedisin som undervisningsfag. Allmennmedisin ble offisielt etablert som *det tredje kliniske hovedfag*, i tillegg til kirurgi og indremedisin. Dette begrepet er brukt både strategisk og beskrivende med stort hell i studieplanarbeid og omdømmebygging i alle år senere. Som ledd i planen bevilget fakultetet

1,5 stilling som førsteamanuensis i allmennmedisin. Stillingene ble utlyst i 1996. Dette var et svært viktig tilskudd til undervisningsstaben, og helt nødvendig i forhold til de økte oppgavene faget nå hadde fått.

En samfunnsmedisinsk termin på 12 uker ble plassert til slutt i sjette studieår, umiddelbart før endelig eksamen. Dette ga en unik mulighet for å integrere de andre fagene og å inkludere dem i allmennmedisinsk tenkemåte. Det skulle være fire ukers utplassering per student. Tiden ble fordelt, slik at allmennmedisin fikk 48%, sosialmedisin 16% og forebyggende medisin 36% av timene. De allmennmedisinske hovedelementene var stort sett gjenkjennelige (tabell 2). Endelig fikk vi en stor hovedtermin med både teori og praksis, vi fikk rammer for integrerte klinikker med andre fag, og vi kunne fortsette planleggingen for fullt med tanke på en egen eksamen. På grunn av at legestudiet er seks år langt, var det ikke før i 1998 at allmennmedisin for første gang ville få to kull á 60 studenter til undervisning og eksamen i siste semester.

150-planen

Men studenttallet skulle raskt øke ytterligere. I 1995 vedtok Stortinget 70 nye studieplasser i Norge. Begrunnelsen var forventet legemangel. UiB måtte ta 30 av disse, altså ta opp 150 legestudenter årlig. De første studentene ble tatt opp allerede høsten 1996. De ville komme til klinisk undervisning noen år senere, og til praksis i allmennmedisin ca. fem år senere. Men utfordringene ble store med tanke på å få plass til studentene på sykehusavdelingene. Haukeland kunne ikke lenger klare å ta imot alle.

Løsningen ble begrepe *de samarbeidende sykehus* og *desentrale perioder*. Fakultetet inngikk avtaler med sykehusene i Stavanger, Haugesund og Førde

Tabell 2: Hovedelementene i den allmennmedisinske delen av 120-planen fra 1993, første kull kom til siste termin 6. studieår i 1998.

Undervisningselement		Tidspunkt i studiet
1	Samarbeid i preklinikken	1.-3. år
2	Grunnkurs klinikk	3. år
3	Kommunikasjonskurs	3. år
4	Integrerte klinikker	3.-6. år
5	Ukeforelesninger	6. år
6	Hovedtermin 12 uker sammen med samfunnsmedisinske fag	6. år
7	Utplassering	6. år
8	Eksamen	6. år

om fra 1998 å bli praksissykehus i stort omfang innen mange av de store fagene, som indremedisin, kirurgi, kvinnesykdommer, barnesykdommer og psykiatri. Denne ordningen fungerer på samme måte den dag i dag. Ellers ble den manglende integreringen mellom fagene videreført. Det var lite pedagogisk og prinsipielt nybrottsarbeid i planen. Det var Det medisinske fakultet i Bergen ikke modent for i 1996.

Men for allmennmedisin representerte økningene fra 75 til 150 studenter på få år en voldsom utfordring når det gjaldt praksisplasser i primærhelsetjenesten. Det virket som ingen i fakultetet hadde tenkt på dette, hverken organisatorisk, personalmessig eller budsjettmessig. Det ble bevilget en rekke stillinger til de samarbeidende sykehusene, blant annet en faglig koordinatorstilling og en sekretærstilling til hvert sykehus.

Seksjonsleder Steinar Hunskaar arbeidet iherdig i fakultetet for å få forståelse av at planene ville koste penger også for allmennmedisin og instituttet. Det var krangel om det var fakultetet eller instituttet som skulle dekke kostnadene ved utplasseringen. Og det var krangel om hvilke personalressurser som var nødvendige. Dekanus Jon Lekven aksepterte til slutt at det ikke var rettferdig at sykehusene fikk ressurser, men ikke primærhelsetjenesten. Instituttet fikk mer penger, og Seksjon for allmennmedisin fikk de tre fylkeskoordinatorstillingene i Sogn og Fjordane, Hordaland og Rogaland. Dette er nærmere omtalt i kapitlet om praksisutplasseringen.

En annen stor utfordring var at 120-planen og 150-planen ble innført nærmest oppå hverandre. Begrepet «*overgangskull*» ble mye brukt, og mange studenter fikk en urolig studieprogresjon med midlertidige og delvis mindreverdige løsninger.

Innholdsmessig lignet 120- og 150-planen mye på hverandre for allmennmedisin sin del. Noen nye, mindre elementer er omtalt nedenfor. Men kapasitetsmessig representerte de to studieplanene store utfordringer. Vi måtte doble antall praksisplasser i løpet av få år. I tillegg ble timetallet med teoriundervisning økt til en firedobling i forhold til 1990-nivået!

Som om ikke det var nok, fikk seksjonen i 1998 et dramatisk kutt i timelærerbudsjettet, og sto i fare for å måtte avlyse mye undervisning, ja til og med eksamen sto i fare. En redningsaksjon ble satt i gang, og eksamen ble reddet, men vi måtte avlyse obligatorisk undervisning som hadde fått svært god tilbakemelding fra studentene. Men motivasjonen var likevel på topp for den gode saks tjeneste, og etter hvert kom det også flere stillinger for å avhjelpe undervisningsbelastningen.

150-planen var gjeldende inntil en ny studieplan ble utredet etter 2010, den fikk navnet *Medisin 2015*, som er den gjeldende planen per 2022. Den er omtalt i senere kapitler.

Omtale av noen viktige allmennmedisinske elementer i 120- og 150 plenen

Noen av de allmennmedisinske undervisningselementene var nyskapende, og fortjener omtale.

Kommunikasjons- og konsultasjonsundervisningen har stått sterkt i Bergen.

Praksisundervisningen vår var lenge en dårlig samvittighet. Ikke fordi den var dårlig, tvert imot ble det satset mye på innholdet og skolering av praksisveilederne. Men fakultetet i Bergen ga oss lite praksisomfang og få ressurser i forhold til det vi mente var riktig og nødvendig. Begge disse undervisningselementene er omtalt i egne kapitler i boken.

Læreboken *Allmennmedisin – Klinisk arbeid* kom i 1997. Boken revolusjonerte mulighetene våre for å kunne definere et klinisk pensum i faget, og har gjort det siden. Vi fikk tekst til alle de temaene som vi ikke hadde kapasitet til å undervise, og studentene fikk en samlet tekst som hjalp til å forstå fagets grunnlag, innhold og kliniske virksomhet.

Integrerte klinikker, med deltakelse både av allmennlege og sykehusspesialist, kom inn som et integrerende element tenkt lagt til de ulike spesialterminene opp gjennom studiet. Fordelene med en slik integrering er at lærerne sammen kan sikre at det som læres bort om sykdomsgruppen, er faglig holdbart. Studenten skal i løpet av terminen lære diagnostiske og terapeutiske håndgrep og teknikker som allmennlegen forventes å beherske innenfor spesialiteten, inkludert henvisningsrutiner og samhandling. Studentene vil få styrket opplevelsen av studiet som et hele og av medisinen som ett fag. Slik undervisning ble planlagt i en rekke fag, men var utfordrende å få til. Kontinuiteten var dårlig og velviljen ikke alltid til stede hos sykehusfaget. Vi klarte aldri å få utnyttet det timetallet vi hadde til disposisjon. Et meget vellykket eksempel var imidlertid samarbeidsundervisningen innen gynekologi og obstetikk (figur 1).

Ukeforelesninger har en lang tradisjon i legeutdanningen i Bergen. Dette var oversiktsforelesninger i indremedisin og kirurgi, som ble holdt felles for de eldste kullene samtidig, som avslutning på uken, først om lørdagene, senere i flere tiår som *fredagsforelesninger* kl. 1315–1500 i auditoriet Olavs-salen på sykehuset. Som et tredje klinisk hovedfag krevde allmennmedisin derfor nå en tredel av timene! Det ble harde forhandlinger, som endte med at allmennmedisin, kirurgi og indremedisin fikk henholdsvis 20, 12 og 22 timer i året. Ordningen varte helt til høsten 2011, da flyttingen av eksamen i allmennmedisin fra siste til nest siste semester gjorde logistikken vanskelig og relevansen mindre for studentene, med undervisning etter at eksamen var avlagt. Eksempler på tema som gikk igjen i våre fredagsforelesninger, er kronisk utmattelsessyndrom (Malterud), østrogenmangel hos kvinner

Undervisningssamarbeid med Obstetrisk og gynekologisk avdeling

Vår- og høstterminen 1997 er det gjennomført et undervisningssamarbeid om 9 temaer innen obstetikk og gynekologi på tilsammen 14 timer per student. Studentene har gitt en svært positiv tilbakemelding på innhold og presentasjon, og de ønsker at undervisningssamarbeidet skal fortsette. Samarbeidsmodellen kan kanskje utvides til flere fag?

Ved Seksjon for allmennmedisin er vi interessert i undervisningssamarbeid med en rekke kliniske fag. Vi ønsker integrert undervisning, dvs. felles undervisning med lærere fra begge fag til stede.

Studentene skal på denne måten få lære samspillet mellom første- og andrelinjetjenesten og hvordan utredning, behandling og oppfølging eventuelt skiller seg på sykehus og i allmennpraksis. Ved å ha fellesundervisning vil man også kunne oppnå målsettingen om at undervisningen skal være god og nyttig undervisning både i spesialfaget og i allmennmedisin.

I samarbeid med Obstetrisk og gynekologisk avdeling har vi utviklet et samarbeidsprosjekt om undervisning i gynobs-terminen med følgende tema:

●Helsekortet.

Forelesning/rollespill/praktisk utfylling

● Risikovurdering av gravide. Gruppearbeid basert på oppgaver i form av Helsekort. Tema: hypertensjon, kvalme, blødning og vekstretardasjon

●"Svangerskapskurs".

Grupper med demonstrasjon/øvelser av friske gravide

●Abortproblematikk i allmennpraksis. Gjennomgang av allmennpraktikerens ansvar og plikter, vekt på konsultasjonsteknikk og etisk refleksjon

● Akutt gynekologi.

Aktuelle kasus og problemstillinger fra allmennpraksis

● Kvinnen med klimakteriske plager (klinikk).

Vekt på konsultasjonsteknikk, informasjon og kliniske beslutninger

Evaluering

Med tanke på studentenes erfaringer ble det utarbeidet et evalueringsskjema som tok opp innhold og presentasjon av de ulike tema, samt spørsmål om samarbeidet burde fortsette.

Undervisningsopplegget ble gjennomført etter planen. Undervisningen hadde godt oppmøte.

Studentene har gitt en svært positiv tilbakemelding på innhold og presentasjon, og de ønsker nesten uten unntak at undervisningssamarbeidet skal fortsette.

SH

Figur 1: Studieplanene la opp til mange timer med samarbeidsundervisning mellom allmennmedisin og andre fag. Bare i få tilfeller klarte vi å gjennomføre dette vellykket og over tid. Et hederlig unntak er samarbeidet med underviserne på Kvinneklubben. Her faksimile fra nyhetsbrevet SAMklang nr. 3, november 1997.

(Hunskår), antikoagulasjonsbehandling (Thue), akutt vond rygg (Bærheim) og urininkontinens (Rørtveit).

Hovedterminen inneholdt praksisperioden med tilhørende for- og etterundervisning. Klinikker og forelesninger omhandlet sentrale allmenn-

medisinske helseproblemstillinger som astma, diabetes, hypertensjon, besvimelse, slapphet, helsjekk, multifarmasi. Temaene ble illustrert med kasus, videoer eller inviterte pasienter. Det ble også innført «kurs» over 1–3 dager, eksempelvis laboratoriekurs i samarbeid med Noklus og muskel-skjelettkurs. Vi fikk for første gang konsultasjonskurs basert på videoopptak med rollespill og tilbakemeldinger fra lærerne. I senere studieplaner er hovedterminen videreført etter de samme prinsippene, med nye temaer og emner, mens andre elementer er videreført over snart 25 år.

Evidensbasert medisin (EBM) var et spesielt innovativt kurs startet i 1998 av Atle Klovning og Steinar Hunskår, senere videreført av andre. Kurset omhandlet forståelse av diagnostikk (klinisk epidemiologi), terapistudier (absolutt og relativ risiko) og kliniske retningslinjer (figur 2).

Mentorgrupper ble innført midt på 1990-tallet, administrert av psykiaterne, men allmennmedisin har alltid vært involvert både i planlegging, organisering og gjennom mange allmennleger som mentorer (figur 3). Men-

Mer kritiske leger

BERGEN (Dagbladet): Nå blir avgangsstudentene på medisinstudiet kurset generelt i kritisk vurdering av forskningslitteratur. Sisteårsstudentene må nå gjennom et seks timers kurs for å lære seg å tolke og bedømme vitenskapelige dokumenter, og unngå å bli avhengig av legemiddeldustriens tolkninger.

– Kurset ble opprettet i vår, forteller professor i allmennmedisin Steinar Hunskår. Han støtter utspillet til sin professor-kollega i samfunnsmedisin, Arild Bjørndal i Folkehelsen. I Dagbladet 22. august refset Bjørndal det han kalte blåøyde leger som oppfordrer alle norske kvinner i overgangsalderen til å begynne med østrogenbehandling.

Figur 2: Allmennmedisinmiljøene i Norge var ledende i å innføre begrepet EBM (Evidence Based Medicine, kunnskapsbasert medisin). Det gjaldt også å undervise prinsippene for legestudenter. Her et nyhetsoppslag fra Dagbladet 6. september 1998. Kilde: Nasjonalbiblioteket.



Figur 3: Mentorordningen for legestudenter kom i gang midt på 1990-tallet. Hovedformålet med samtalegruppene var å forebygge senere mentale vansker og å gjøre studentene bedre rustet til å møte et krevende yrkesliv. Etter at de store kullene i Bergen kom i 1990-årene, har studentene opplevd fremmedgjøring i forhold til kullkameratene. Det er ikke lenger vanlig å kjenne alle man er på kull med, og de store kullene gjør det vanskelig for underviserne å få nær kontakt med studentene og dermed å være faglige og personlige forbilder. Her fra samtalegruppe ledet av allmennlege Kjell Johansen, som var tilknyttet instituttmiljøet gjennom mange år og i mange roller. Fra Tidsskrift for Den norske Lægeforening nr 16, 2005 (Biringer et al.). Foto Bjørn Erik Larsen.

torordningen har variert i innhold og formål gjennom årene, og den har vært vekselvis frivillig og obligatorisk. Fra 2019 er mentorordning et obligatorisk tiltak for alle studenter ved UiB, først og fremst for førsteårsstudenter, men hvert studieprogram kan organisere dette på sin egen måte. De siste årene har professor Edvin Schei lagt ned et stort arbeid for den nåværende mentorordningen for medisinstudiet i Bergen.

Eksamen i allmennmedisin – flaggskip og etterlengtet sluttprodukt

Eksamen i allmennmedisin var i mange år et *fata morgana* for miljøet, men et sterkt etterlengtet symbol på at allmennmedisin var et eget, stort og viktig fagområde for studentene og medisinstudiet i Bergen. Ved 1990-revisjonen fikk fagmiljøet gjennomslag for at det skulle komme en eksamen i form av både en skriftlig og en muntlig prøve. Planleggingen kunne dermed starte.

Arbeidet med eksamensordningen var stort og omfattende, men også en veldig nyttig og viktig utviklende prosess for fagmiljøet. Vi fikk fruktbare diskusjoner om eksamensinnhold og eksamensform, fagets innhold, pedagogikk, grunnutdanning versus spesialistutdanning, konsultasjonsferdigheter versus sjekking av faktakunnskaper, og hvilket faglig nivå vi skulle forvente av studentene.

Første eksamen ble avholdt i juni 1994. Pensum var den første læreboken i allmennmedisin fra 1991, deretter den kliniske læreboken fra 1997 og senere utgaver. Denne eksamenen var nasjonalt nybrottsarbeid, og vi var ca. 10 år foran de andre studiestedene med egen eksamen i allmennmedisin for alle legestudenter. Det er publisert en beskrivelse av eksamen og de første erfaringene (Bærheim og Malterud, 1995).

Skriftlig prøve

Tidsrammen for den skriftlige delen av eksamen var fem timer. Vi laget en tradisjonell prøve som bestod av essayspørsmål, kortvarspsørsmål og noen flervalgs-spørsmål (figur 4). Spørsmålene omfattet ulike kliniske og teoretiske problemstillinger innen det allmennmedisinske fagområdet. Det ble lagt vekt på å lage realistiske pasienthistorier der realistiske kliniske vurderinger var viktig.

Fra høsten 2000 tilbød vi avgangskullet å lage sin egen eksamen. Begrunnelsen var at studentene på denne måten kunne trenes i akademisk skriving og å påvirke sine egne læringsmål. Studentene ble lovet at en av tre oppgaver ville bli tatt i bruk til eksamen, om enn i noe bearbeidet form. Dette var også et pedagogisk nybrottsarbeid, der en evaluering ble publisert av Bærheim og Meland. Studentproduksjon av eksamensoppgaver er et element som har vært brukt i undervisningen helt til i dag.

Muntlig prøve

Muntlig eksamen ble gjennomført med en tidsramme på én time per kandidat. Vi ønsket å skape en hverdagsnær eksamenssituasjon som i høyest mulig grad kunne gi rom for testing av studentens allmennmedisinske kunnskaper, ferdigheter og holdninger. Vi valgte derfor å la hver student gjennomføre en konsultasjon med pasient. Etter konsultasjonen på maksimum 25 minutter fulgte en eksaminasjon som omfattet drøfting både av den aktuelle konsultasjonen og mer generelle spørsmål.

Pasientene ble rekruttert fra flere kilder:

- Pasienter hentet fra sensors og eksaminators egne praksiser.
- Akuttpasienter fra siste døgns legevakt. Vi hadde avtale med flere legevakter om å spørre akuttpasienter som hadde søkt legevakt

PRØV DEG TIL EKSAMEN!

Frå skriftleg eksamen i allmennmedisin 30.mai 1995 viser vi oppgåve 5.
Nokre stikkord for svara finn du på side 13.

Oppgåve 5.

Odd Olseth (f. 13.04.48, adr. 5099 Bru) er salskonsulent ved eit meieri. Han er tidlegare frisk. Hausten 94 hadde han ein konsultasjon hos deg der han fekk utskrive 20 tablettar Paralgin Forte (paracetamol + kodein) for hovudpine. Han følte seg då svært stressa i høve "planar for EU-tilpassing" med innskrenkingar i bedrifta. Han kjem no att og gjev uttrykk for sterk uro for helsa si. Dei siste to vekene har han hatt sterk hovudpine. Den er jamnt trykkande, som eit band rundt hovudet, men spesielt sterk over panneregionen. Nokre dagar kjem smerten ved frukost-tid, nokre dagar kjem den sigande ut på dagen. Han har mista konsentrasjonen på jobb, og eit par dagar har han stått over matpakka på grunn av kvalme. Han føler seg ikkje bra. Han er no pålagt ekstraarbeid i høve det kommande årsmøtet i bedrifta. Han reknar med å arbeide overtid 3-4 dagar i veka dei neste par vekene. Han ber om meir Paralgin Forte då han må vere i form dei neste dagane.

5.1 Kva 3 diagnosar vil du rekne som mest sannsynlege?

1. _____
2. _____
3. _____

5.2. Anta at det er 90% sannsynleg at han har ein av dei 3 diagnosane du har foreslått ovanfor. Korleis vil du då fordle desse 90 prosentane?

Diagnose 1: ____%

Diagnose 2: ____%

Diagnose 3: ____%

5.3. Kva anamnese-faktorar og funn ved klinisk undersøking vil du legge vekt på for å skille dei to første differensialdiagnosane dine frå kvarandre?

5.4. Kva behandlingstiltak vil du setje i verk i denne konsultasjonen?

5.5. Skriv ein resept på 20 stk Paralgin Forte til pasienten.

SH

Figur 4: Skriftlig eksamensoppgave i allmennmedisin fra våren 1995. Dette er en typisk oppgaveformulering fra de første årene, der oppgaven bygger på en pasienthistorie og en aktuell sammenheng. Her eksemplifisert med hodepine, angst eller depresjon i forbindelse EU-tilpasninger i meierisektoren! Mange oppgaver ble trykt i nyhetsbrevet SAMklang, sammen med fasit. Her et eksempel i faksimile fra september 1995. Fasit ikke vedlagt!

- kvelden i forveien for ulike tilstander, som feber eller akutt svimmelhet.
- Simulerte pasienter (se nedenfor)

Eksamen foregikk i et undervisningsrom der det i bakgrunnen var plass til tilskuere, og der det foran i lokalet var innredet et «legekontor» med alt nødvendig utstyr. Kandidaten fikk korte journalopplysninger der det var naturlig, blodprøver kunne rekvireres og eksaminator ga svar på prøver som normalt undersøkes på et legekontor. Klinisk undersøkelse skulle gjennomføres som normalt, med mindre eksaminator ga resultatet, eksempelvis på gynekologisk undersøkelse.

Etter konsultasjonen fikk kandidaten spørsmål som gav anledning til utdypning og refleksjon rundt forløp og innhold av konsultasjonen; egen prestasjon, klinisk utkomme, kommunikasjon samt kliniske spørsmål.

Studentens prestasjoner i løpet av konsultasjonen og den påfølgende eksaminasjon ble brukt til en samlet vurdering etter gjeldende karakterskala av kunnskaper ferdigheter og holdninger langs følgende fire akser:

- *Klinisk akse*, med sykehistorie, undersøkelse og beslutninger
- *Kommunikasjonsakse*, med tema som opprette kontakt, lytte aktivt, klargjøre kontaktårsak etc.
- *Konsultasjonsakse*, med innledning, struktur av konsultasjonen og administrative ting som sykmelding, notat og henvisning.
- *Teoriakse*, med vekt på det kliniske, behandling etc.

Erfaringer

Innføring av klinisk eksamen i allmennmedisin var hovedoppslag på TV2-nyhetene (figur 5), og ble altså vurdert som en nasjonal hendelse! Resultatene av eksamen var svært gode, det var svært få som strøk til eksamen og slik har det vært siden.

Eksamensoppsettet i allmennmedisin har variert noe siden 1994. En periode var undervisningen i femte studieår, og vi merket en klar nedgang i ferdighetene, noe som måtte tas hensyn til i bedømmelse. I en periode ble studentene av ressurs hensyn trukket ut til enten å ha skriftlig eller muntlig eksamen. Det var da viktig at gjennomsnittskarakteren var tilnærmet lik, slik at den ene eksamensformen ikke ga fordel fremfor den andre. Med studieplanen fra 2015 forsvant eksamen i allmennmedisin til fordel for integrerte eksamener med flere fag. Men fra høsten 2021 kom en muntlig prøve i allmennmedisin i nest siste semester tilbake. Dette er omtalt i et senere kapittel.



Figur 5: Første gang med muntlig eksamen i allmennmedisin ble hovedopp-slag i TV2-nyhetene 14. juni 1994. Nyhetsanker Vår Staude (bildet) introduserte kveldsnyhetene med frasen: Nå skal legestudentene i Bergen lære seg å snakke skikkelig med pasientene! Det antas at denne nyhetssendingen er den mest sette i norgeshistorien. Bakgrunnen er følgende. Det var på denne tiden sterk konkurranse mellom de to eneste TV-kanalene NRK og TV2. I 1993 var det journaliststreik i NRK, som gjorde journalistene lønnsledende i distriktene. Blant de gruppene som ikke hadde fått de store tilleggene i 1993, var imidlertid irritasjonen stor, og i juni 1994 kom det til ny konflikt. Denne gang var det de øvrige fagforeningene som streiket. Streiken varte i sju dager med stans i alle sendinger fra NRK. Det var like før det kommende fotball-VM, med norsk deltagelse, og dette framtvang en avtale. Nyhetssendingene fra TV2 var altså de eneste tilgjengelige og hele befolkningen benket seg foran TV2-nyhetene, mest med tanke på nytt om NRK-streiken og mulighetene for å se fotball-VM. Kilde: Skjermdump fra TV2/YouTube.

Simulerte pasienter

Til muntlig eksamen ble det tatt i bruk personer som simulerte å være pasienter. Det var Anders Bærheim som var primus motor for opplegget, og som har drevet både viktig utviklingsarbeid og forskning på dette feltet.

De simulerte pasientene til eksamen ble rekruttert fra en nærliggende kommunal arbeidsplass, og gjennomgikk en kort forhåndsopplæring form av to møter. Hensikten var ikke å bruke de simulerte pasientene til standardisering av eksamenssituasjonen, men å skaffe et tilfredsstillende utvalg av pasienter med aktuelle problemstillinger. Sykehistoriene representerte grenseområder mellom hverdagsplager og sykdom, som angst for hjertesykdom eller spenningshodepine. Men det ble også laget oppgaver bygget på pasientene selv, som en ekte føflekk eller prevensjonsbehov. Simulantene justerte rollene slik at de samsvarte best mulig med egen virkelighet. Ved det første møtet fikk simulantene velge rolle, i det andre møtet diskuterte man oppgaven og gjennomgikk rollen i form av et rollespill. Dette er et betydelig enklere og mer ressursbesparende opplegg enn hva som vanligvis beskrives ved opplæring av simulerte pasienter. Bærheim og Malterud publiserte en internasjonal artikkel om erfaringene.

Bærheim og stipendiat Torild Jacobsen drev senere undervisning basert på simulanter. Prosjektet *KomLab* var i 2008–2010 obligatorisk for medisinstudentene. Pensjonister ble trent i å presentere symptomer på gallestein, samt trent i å gi studenten tilbakemelding på kommunikasjon etterpå (figur 6). Jacobsen disputerte i 2011 på data som delvis kom fra dette undervisningsopplegget. Siden har Bærheim også trent simulerte pasienter til ulike instruksjonsfilmer til bruk for undervisere. Han instruerer også sensorer til OSKE-eksamen i enkle instruksjonsteknikker til bruk når man har pasienter til eksamen.

Felles instituttmøter – nasjonal samordning og utveksling av idéer

De allmennmedisinske akademiske miljøene i Norge har et godt samarbeid gjennom de årlige allmennmedisinske universitetsmøtene, tidligere kalt felles instituttmøter (figur 7 og 8). Foruten gjensidig informasjon om aktivitetene, var det på 1990-tallet noen store saker som ble diskutert i mange år. Lærebokspørsmålet var en gjenganger i en tiårsperiode frem til utgivelsen av læreboka i 1997. Eksamensordningene og ulike former for legepraksiser tilknyttet instituttene, er eksempler på andre tema der studiestedene hadde gode diskusjoner og idéutvekslinger.

Undervisningsmøtene og stabsutvikling

Seksjon for allmennmedisin la ned mye arbeid i å forberede seg på nye oppgaver, både faglig og pedagogisk gjennom hele 1990-tallet. Anders Bærheim var undervisningsleder hele 1990-tallet. Undervisningsmøtene annenhver uke, fagutviklingsseminar og også enkelte helgeseminar ble brukt for å planlegge undervisningen. Ulike forsøk ble gjennomført og noen elementer ble også utprøvd på en mindre gruppe studenter før endelig sjøsetting.

Spiller syk for at du skal bli frisk

■ Pensjonister trener medisinstudenter

Noen uker hvert år spiller Hildur Knag rollen som syke Guri Jonsen. Publikum er det smått om – vanligvis bare en medisinstudent.

MARGUNN RIE ANDERSEN
RINE NELSON Dahl
margunn.riear@hlt.no

– Rollen er egentlig den minste delen av jobben. Det mest krevende er uten tvil tilbakemeldingen som studenten skal ha, forteller Hildur Knag (71).

Samtalen filmes

Vi møter henne og medisinstudent Ane Hjeltnad Holt (22) på KomLab på Haraldsplass Diakonale Sykehus i Bergen. På en skjerm i et naborom har vi fulgt med på hva som skjer. Et videokamera snurrer slik at studenten skal få se seg selv etter samtalen er avsluttet.

Situasjonen er at Guri Jonsen, alias Hildur Knag, skal opereres for gallestein. Student Ane Hjeltnad Holt skal skrive innkommet-journal. På forhånd har hun lest seg opp på Guri Jonsens sykdom, og hun vet hva hun skal måles på.

Hildur Knag skal i tillegg til å simulere syk også observere hvordan studenten klarer seg i løpet av samtalen, og gi henne en vurdering.

Profesjonell opplæring

– Vi har målt effekten av slike samtaler og funnet en generell økning i kommunikasjonsferdigheter på rundt ti prosent. Spesielt gjelder det en del sentrale ferdigheter som medfølelse, være



INNE BARE KASUS: – Jeg synes det er så viktig at legene ikke bare ser fideisen, men også mennesket, sier Hildur Knag (71). Ane Hjeltnad Holt (22) føler hun har krysset en bariere – hun har snakket med sin første pasient.

tydelig, ta pauser og å ta vare på pasientens følelser, utdyper professor Anders Børheim på Institutt for samfunnsmedisinske fag ved Universitetet i Bergen.

Han og stipendiat Torild Jacobsen, tidligere skuespiller, har bygget opp KomLab. Børheim så et lignende opplegg under en studiereise i USA. Jacobsen har hatt hovedoppgaven med å instruere

de ni pensjonistene som spiller syke Guri Jonsen. Erfaringene med simulanten er en del av doktorgradsarbeidet som hun skal legge frem i mai.

Utvider tilbudet

– I Nord-Amerika er dette en treningsmodell som er svært vanskelig. Vi var de første i Skandinavia som begynte med det. Nå skal det

fakta

KomLab

■ KomLab er en forkortelse for kommunikasjonslaboratorium.

■ Her møter tredjedens medisinstudenter pensjonister som simulerer syke.

■ Hensikten er å gi fremtidige leger øvelse i å snakke med pasienter og en evaluering på hvordan det gikk.

SMARTKORT: Har du et smartkort liggende i lommeboken, for eksempel et spillerkort fra Norsk Tipping, kan du bruke dette til å sjekke, endre og levere selvangivelsen din. Såde som har et spillerkort fra Norsk Tipping og de som har et Allians-kort til den offentlige portalen der du kan levere mange andre elektroniske skjemaer, kan bruke dette smartkortet fra Buypass til å levere selvangivelsen.

denter har aldri vært syke – de har knapt møtt et sykt menneske.

Vurderes etter 22 punkt

Hjeltnad Børheim, viser forskning at det er nær sammenheng mellom gode kommunikasjonsferdigheter og evne til å stille sikrere diagnose, gi tryggere behandling og få færre pasientdager.

– God kommunikasjon må

Figur 6: Simulerte pasienter deltar i undervisning av legestudentene i tredje studieår. Prosjektet KomLab ble drevet av Anders Børheim og stipendiat Torild Jacobsen. Her fra reportasje i Bergens Tidende 20. mars 2010. Kilde: Nasjonalbiblioteket.

Studentenes tilbakemeldinger ble nøye vurdert og diskutert. Det ble arrangert interne kurs om viktige pedagogiske emner, og vi hadde et opplegg for gjensidig å overvære hverandres undervisning.

Gjennom årsmeldingene får man et klart inntrykk av at undervisningen ble både sterkt vektlagt og brukt som merkevarebygging for akademisk allmennmedisin i Bergen. Et sitat fra årsmeldingen i 1993 kan avslutningsvis stå som eksempel på ånden som rådde:

Arbeidsmiljøet er preget av god lagånd, og av den drivkraft som følger av å være med på å bygge opp et stort og viktig fag. Den nye studieplanen vil legge store byrder på seksjonen, men entusiasmen er fortsatt i behold. Vi ønsker å bruke mye av både tid og krefter på å prege utdanningen av medisinske studenter i Bergen.



Figur 7: Felles instituttmøter mellom de allmennmedisinske universitetsmiljøene har en lang historie og arrangementet går på rundgang mellom studiestedene. Universitetet i Tromsø hadde ofte møtene på Hurtigruten. Her fra møtet i 1992. Fra venstre Kirsti Malterud, Steinar Hunsjør og Anders Børheim. Foto: Privat.



Figur 8: Fra felles instituttmøte 1992 i møterommet på Hurtigruten. Fra venstre: Siri Steine (UiO), Berit Rostad (NTNU), Anders Børheim (UiB), Knut Høltedahl (UiT), Steinar Hunsjør (UiB), Anders Forsdahl (UiT), Ruth Bjørn (adm., UiT) og Roar Johnsen (UiT). Legg merke til undervisningsteknologien: Dette var overheadprojektorens gullalder! Foto: Kirsti Malterud.

Litteratur

- Bærheim A, Malterud K. Simulated patients for the practical examination of medical students: intention, procedures and experiences. *Med Educ* 1995; 29: 410-3.
- Bentsen BG, Bruusgaard D, Evensen ÅR, Fugelli P, Aaraas I (red.). *Allmennmedisin. Fag og praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 1991.
- Biringer E, Stordal K, Johansen K, Aase K, Søvik DH, Kristiansen J, Schei E, Broch K, Nilsen S. Ni år med samtalegrupper for medisinstudentar i Bergen. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005; 125: 2219-20.
- Bærheim A, Malterud K. Klinisk eksamen i allmennmedisin – en konsultasjon. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1995; 115: 1368-70.
- Bærheim A, Meland E. Hva om medisinstudenter lager oppgaver til sin egen eksamen? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121: 2971-3.
- Bærheim A, Meland E, Schei E. Konsultasjonsundervisning i medisinstudiet – studentenes evaluering. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 2263-5.
- Fugelli P, Eskerud J, Haug K, Johansen K. *Å lage gode leger. Mål og plan for den almenmedisinske grunnutdanningen*. Oslo: Universitetsforlaget, 1986.
- Hunskår S (red.). *Allmennmedisin – Klinisk arbeid*. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1997.
- Hunskår S. Grunnutdanninga i pakt med samfunnsutviklinga! *Tidsskr Nor Lægeforen* 1990; 110: 1807-8.
- Meland E, Schei E, Bærheim A. Pasientsentrert medisin – en oversikt med vekt på bakgrunn og dokumentasjon. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 2253-6.
- Schei E, Bærheim A, Meland E. Klinisk kommunikasjon: Et strukturert undervisningsopplegg. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 2258-61.