

Tema: Indremedisin

I forbindelse med Norsk indremedisinsk forenings 75-årsjubileum publiserer vi fire artikler om faget indremedisin. Artiklene kommenteres redaksjonelt på side 3337.

Indremedisinens rolle i helsetjenesten – moderfaget som må på gamlehjem?

Intellektuelt stammer indremedisinen fra 1880-årenes tyske medisin. Til å begynne med var faget hovedsakelig diagnostisk. Indremedisinerne måtte beherske hele det medisinske felt, og den indremedisinske personligheten var kjennetegnet ved innlevelsesevne både i sykdommen og i det syke mennesket.

I takt med kunnskapseksplosjonen, har den generelle indremedisinen måttet vike plass for økende spesialisering. Generalistene har måttet konkurrere med allmenmedisinere og geriatere, og deres tidligere bastioner, sykehusavdelingene, er blitt «krympet».

Fremskrittet er i ferd med å radere ut generalistene, men det er neppe til pasientenes beste. De fleste indremedisinske pasienter er eldre og har sykdom i mer enn ett organsystem. Vi trenger superspesialister, men vi trenger enda flere generalister med bred oversikt.

For å bevare generalistene, må utdanningssystemet og stillingsstrukturen endres. De to spesialisttypene bør få hver sin utdanning som gir dem atskilte og selvstendige kompetanseområder (generell kompetanse eller grenkompetanse). Tendensen til organseksjonering ved små og middels store sykehus bør motvirkes, samtidig som regionsykehuseene bør opprette egne generelle avsnitt. Generalisten og grenspesialisten bør forenes profesjonelt i arbeidet for å videreutvikle indremedisinen som fag.

Hva er indremedisin?

Indremedisinens røtter er gamle, også i Norge. Professor Søren Laache forteller at: «Indremedicinsk klinik holdtes paa det civile sykehus» i Kristiania, dvs. før Rikshospitalet ble tatt i bruk i 1826 (1). Likevel er det kanskje riktig å si at det formelle begrepet – «Innere Medisin» – har sitt moderne intellektuelle grunnlag i 1880-årenes tyske me-

Peter F. Hjort
Geir Stene-Larsen

Avdeling for samfunnsmedisin
Statens institutt for folkehelse
Geitmyrsveien 75
0462 Oslo 4

Hjort PF, Stene-Larsen G.

The role of internal medicine in the Norwegian health services – time for retirement?

Tidsskr Nor Lægeforen 1990; 110: 3352–6

Internal medicine is more than a hundred years old, even in Norway. Its intellectual fundament originates from nineteenth century medicine in Germany. Traditionally, these German physicians covered the entire field of medicine. However, due to lack of therapeutic remedies their main emphasis was on diagnosis and prognosis.

During the last sixty years the tremendous increase in medical knowledge has led to a strong tendency towards organ specialization. The generalists in hospitals have met competition from general practitioners and specialists in geriatrics. At the same time their domain has steadily shrunk as the number of medical hospital beds has been reduced.

Although not to the advantage of the patients, progress is wiping out the hospital generalists. Most (90%) hospital doctors are now organ specialists, although the majority of patients admitted to medical departments have diseases in more than one organ system. Therefore, generalists should be at least as equally appreciated as the organ specialists.

To save the generalists the educational system must be changed. The two types of specialists should follow their own educational paths qualifying to separate and independent competence areas (general or organ-specific). Medical departments should be encouraged to maintain general sections in addition to the organ-specific sections. The generalist and the organ specialist should be professionally united in their efforts to develop internal medicine as a discipline.

Se redaksjonell kommentar side 3337

disin (2). Indremedisinen bygget på en syntese av klinisk observasjon ved sykesengen og den gryende naturvitenskapelige erkjennelse fra fysiologi, biokjemi, bakteriologi og patologi. Denne syntese gjorde det mulig å forstå sykdommenes årsaker og mekanismer og resonnerer diagnostisk. Derfor var diagnostikken det sentrale i indremedisinen, og de store indremedisinere – Sir William Osler fremfor alle andre – skapte seg sitt ry som diagnostikere. Terapien kom i annen rekke: «Tror De på terapi?» skal Olaf Scheel ha sagt (3).

Fagets fedre – de var alle menn – hadde brede kunnskaper. De foreleste med autoritet og erfaring over alle sykdommer, fordi de behersket tidens «gesamte Medizin». Oslers store lærebok, *The principles and practice of medicine*, kom i 1892. Den var skrevet av ham alene og preget den første internasjonale generasjon av indremedisinere. Tyve år senere var han kommet til 8. utgave (4), og et eksemplar av denne med omsorgsfulle notater har den ene forfatteren (PFH) arvet etter sin morfar, professor Peter F. Holst. Det lå i faget at det omfattet hele medisinen, og det var ikke behov for det moderne tillegget «generell» indremedisin.

Mangelen på effektiv terapi tvang de gamle indremedisinere til nær og intens kontakt med sykdommenes og livets realiteter. Antakelig var det forklaringen på at så mange av dem fikk ry for å være allment kloke menn, forankret i humanistisk kultur. Den som er interessert i «Osleriana» finner mange uttrykk for denne viktige siden av den indremedisinske personlighet. Harvey Cushing innleder sin store Osler-biografi med en tributt – ikke til Oslers kunnskaper eller forskningsresultater, men til hans «spirit» (5).

Det indremedisinske idealet ble derfor preget av to trekk som måtte utfylle hverandre (6):

- Forståelse for sykdommen og dens natur - «competence»
- Forståelse for det syke mennesket og dets natur - «compassion».

Det vi nå har forsøkt å beskrive kan ikke rommes i noen enkel definisjon. Derfor har faget alltid vært på leting etter en definisjon som kunne bygge bro over motsigelsene i en spesialitet som prøver å omfatte alt (7). Utviklingen har gjort dette stadig vanskeligere, fordi faget etter hvert ble delt opp i organspesialiteter. Opprinnelsen til disse spesialitetene kan spores langt tilbake, men det er likevel rimelig å datere det store skillet til 1928. Da kom første utgave av Russel Cecils *Textbook of medicine*. I innledningen skriver han (2):

«. . . rapid growth of medical science during the last few years has made it almost impossible for a single individual to master the entire field. In internal medicine, as other branches of human knowledge, the age of specialism has of necessity arrived. . . »

Boken hadde 130 forfattere. I 1938 kom den 13. og siste utgave av Oslers lærebok, skrevet av Henry Christian (2). Generalistepoken var over.

Spesialiseringen har fortsatt sin seiersgang, samtidig som terapien er blitt radikalt forbedret. Dette har ført til formell anerkjennelse av grenspesialitetene, med egne utdanninger, avdelinger, lærebøker, tidsskrifter og kongresser. Det er lettere å se konsekvensene i USA, hvor faget er delt i to (8):

- En gruppe er generelle indremedisinere som konkurrerer med spesialiteter i familiemedisin eller generell pediatri
- En annen gruppe har gitt seg spesialiseringen i vold og arbeider helt og fullt i sine grenspesialiteter, noen av dem også i nye «kvistspesialiteter».

Særlig i de siste 20 år har denne utviklingen gått fort og har ført til store problemer for de hederskronte medisinske avdelingene og for rekrutteringen til indremedisinen. Definisjonsproblemet er blitt uløselig (9). En spesiell og meget viktig grunn til problemene er at teknisk avanserte undersøkelser honoreres høyt, mens grundige og kloke vurderinger og pasient-samtaler honoreres lavt.

I Norge er grenspesialiseringen blitt nesten total. En oversikt høsten 1988 viste at bare 7,6% av landets indremedisinske overleger arbeidet som rene generalister. Konklusjonen er klar: «Indremedisin ved våre sykehus er således blitt et klart grenspesialisert fagområde» (10).

Hva bestemmer utviklingen?

Det sentrale trekk i indremedisinerens personlighet er trangen til å forstå det han observerer. Derfor vil vi følge vår indremedisinske natur og forsøke å vurdere de faktorer som har drevet og fortsatt vil drive utviklingen.

Faget

Den faglige utviklingen er den mest dominerende faktoren. Det var f.eks. naturlig å arbeide for å få opprettet en hematologisk avdeling på Rikshospitalet i begynnelsen av 1960-årene. Både klinikk, forskning og undervisning kunne vinne på konsentrasjon om én organspesialitet og én gruppe pasienter. Kunnskapene på dette feltet var blitt så overveldende at lærebøkene var på 2 000 sider. Skulle man beherske dette, måtte man konsentrere seg. Slik har utviklingen vært for alle de andre grenspesialitetene også, og utviklingen går stadig forttere. Prisen er fragmentering. Man selger unna de andre organene og ser sykdommene i mikroskopet eller i et annet «skop». Prisen er høy, men alternativet er å avskrive utviklingen og dens muligheter (inkludert sjansen til selv å få være med på utviklingen). Den unge indremedisiner ser bare to alternativer: spesialisere deg eller gi opp.

Pasientene og sykdommene

Den ideelle «grenspasient» er et yngre menneske med én sykdom. Sykdommen bør være alvorlig, den bør være tilgjengelig for moderne diagnostikk og terapi, og pasienten bør være generelt ressurssterk. Det finnes slike pasienter, men de er i mindretall. En økende andel av pasientene er eldre og har kroniske sykdommer, ofte flere sykdommer samtidig. Mange av disse pasientene har behov for grenspesialistenes undersøkelser og kunnskaper, men svært ofte har de andre behov også. Denne utviklingen vil fortsette, slik at stadig større andeler av pasientene blir eldre kronikere som trenger generelle vurderinger og langsiktig behandling og omsorg. Utviklingen driver oss altså inn i et paradoks, fordi faget og behovene skiller lag.

Sykehusene

Den tradisjonelle basen for det indremedisinske faget er den indremedisins-

ke avdelingen, eventuelt med sine organsesksjoner. Utviklingen ved sykehusene går i retning av:

- Færre senger: Det ble lagt ned 1 852 alminnelige somatiske sykehus-senger, 9,3%, i perioden 1979-87 i Norge (11)
- Kortere liggetid: Gjennomsnittlig liggetid for alle diagnoser var 8,2 dager i 1986 (12)
- Mer poliklinisk undersøkelse og behandling
- Strammere økonomi.

Denne utviklingen i retning av kortere liggetid og høyere tempo favoriserer tekniske undersøkelser og gir mindre tid og mulighet for en samlet vurdering av pasientens totale situasjon og for langsiktig behandling og omsorg. Den bryter derfor både med indremedisinens tradisjon og med mange av pasientenes behov.

Samfunn og helsetjeneste

Samfunnet er antakelig ikke innstilt på å øke sykehusbudsjettene i noen særlig grad. Dette vil presse sykehusene i retning av ytterligere «effektivisering», dvs. at de må forsøke å drive utviklingen enda noen hakk videre i retning av kortere liggetid og høyere tempo. Samtidig styrkes primærhelsetjenesten. Allmenmedisinen er inne i en periode med både ideologisk og faglig opprustning. Slagordene er: «kontinuerlig, omfattende, personlig og forpliktende» (13). Det kan se ut som om allmenmedisinen har overtatt de gamle indremedisineres ideologi. Antakelig vil det også være lettere for allmenmedisinerne enn for sykehusene å styrke sine ressurser for å leve opp til disse idealer.

En stor og økende andel av pasientene vil ha sammensatte medisinske og sosiale problemer, fordi kroniske sykdommer, funksjonshemninger og høy alder fører dem inn i en slik livssituasjon. Omsorgen vil derfor kreve lagarbeid som må organiseres lokalt. Dette vil også styrke primærhelsetjenesten og allmenmedisinen.

Konkurrentene

Indremedisinen må orientere seg i forhold til sitt marked, og det er nyttig å se på konkurrentene. Det er fire i alt:

Allmenmedisinen har gode kort. Den kjenner lokalmiljøet og familien, og legen har kjent pasienten over tid. Allmenpraktikeren er en del av et lokalt team, og han er vant til å gjøre opp en total vurdering og ta langsiktig ansvar. Han foretar hjemmebesøk, og han kan

følge opp pasientene så tett som nødvendig. Svakheten er selvfølgelig at allmennmedisineren har mindre kunnskaper om og erfaring med de spesielle indremedisinske sykdommer.

Geriatrien vokser langsomt frem. Formelt er det en grenspesialitet under indremedisinen (14), og mange indremedisinere føler at de behersker geriatrien fordi de er indremedisinere. Det er ikke riktig (14), fordi geriatrien er en selvstendig spesialitet. Tenke- og arbeidsmåten i de to spesialitetene er forskjellig: indremedisineren tenker i diagnose og behandling, geriateren tenker i funksjon og rehabilitering. Indremedisineren er opptatt av det syke og av behandlingsmulighetene, geriateren er opptatt av det friske og av rehabiliteringspotensialet. Geriatrien er vokst til en egen spesialitet med sine egne lærebøker, tidsskrifter og organisasjoner.

Den generelle indremedisin, det gamle moderfaget, har kjempet en forsvarskamp siden starten. Laache var imot enhver spesialisering, inkludert neurologi og barnesykdommer. Alt var for ham «medisin», dvs. indremedisin, og slagordet var: «Medicina, una et indivisibilis» (3). Den gamle indremedisinen er forrådt av sine egne subspecialiteter, de unge legene får ikke tilstrekkelig utdanning i bred, generell indremedisin, de er ikke motivert for å arbeide i moderfaget, og de store sykehusene er organisert i subspecialiteter. Det er gjort heroiske forsøk i USA på å bygge opp en egen utdanning for generelle indremedisinere, bl.a. basert på poliklinikker, ikke sengeavdelinger. Men det ser ikke ut til å være noen suksess (9). Heller ikke i Norge favoriserer takstsystemet den generelle indremedisinen med sine tidkrevende vurderinger og samtaler.

Grenspesialitetene har vært på fremmarsj, iallfall i 60 år. De forpakter den moderne kunnskap og de moderne undersøkelsesmetoder. Forskningen og de moderne universitetsklinikker bygger på grenspesialitetene, de er i pakt med moderne tenkemåte, og det prosedyreorienterte takstsystemet passer for dem. Kort sagt, de representerer den nye tid.

Markedsanalysen viser altså at moderfaget er taperen i utviklingen. De gamle indremedisinere ville nok ha rystet på hodet og spurt om fremskrittet tjener fag eller pasienter?

Sykehusene

Vi har tegnet et dystert bilde av situasjonen for den generelle indremedisinen, og ett forhold gjør det enda dyst-

rere. Det gjelder situasjonen for faget på sykehusene.

De store sykehusene ser det som selvsagt at det må bygges opp en indremedisinsk legestab som til sammen dekker grenspesialitetene, helst organisert i seksjoner. De mindre sykehusene følger med så godt de kan. Hamar sykehus f.eks., med sine 67 medisinske senger, fire overleger og fire assistenter, forsøker å rekruttere overleger med forskjellige grenspesialiteter. Grenspesialiseringen kan imidlertid ikke drives så langt at legene ikke klarer vaktene.

De minste sykehusene får et dobbelt handikap. De ligger i utkantstrøk, og de makter ikke å bygge opp faglig attraktive miljøer med subspecialister. De tvinges til å drive generell indremedisin, men de klarer ikke å rekruttere indremedisinere som ser dette som et viktig og meningsfullt arbeid.

Samlet forvalter indremedisinen fremdeles store ressurser. I 1987 hadde de indremedisinske avdelinger 4 982 senger, dvs. 25 % av de somatiske sykehussengene (11). I tillegg har alle sykehus medisinske poliklinikker, og tendensen er å redusere sengetallene og styrke poliklinikkene. Det er neppe noen fare for at indremedisinens totale ressurser blir redusert, bortsett fra i noen av de største byene, særlig Oslo.

Hva slags indremedisinere trenger vi i fremtiden?

Situasjonen er vanskelig, og indremedisinen må forholde seg til sterkt kryssende interesser. Det er nødvendig å treffe en del viktige valg. Det mest grunnleggende av dem gjelder hva slags indremedisinere vi trenger.

Vi tror svaret må bli at vi trenger to slags indremedisinere. Vi ser ikke disse to typer som et A-lag og et B-lag, men som likestilte typer, og begge er nødvendige.

Den ene typen er *grenspesialistene*. De skal kunne sine organspesialiteter til bunns, og de skal arbeide ved store sykehus. De må ha tilgang til et stort nok pasientmateriale i sine spesialiteter, og de bør drive forskning ved siden av det kliniske arbeidet. De bør arbeide både ved sengeavdelinger og poliklinikker, ofte også i laboratorier. De bør ha en stor del av sin utdanning ved gruppe I-sykehus, men de må ha nødvendige kunnskaper i generell indremedisin. Dette er nødvendig av to grunner. For det første vil også deres pasienter ofte ha sykdom i mer enn ett organsystem, og for det andre må de kunne delta i en indremedisinsk vaktturnus.

Den andre typen er *generelle indremedisinere*. De skal beherske hele indremedisinen, og de bør ha gode kunnskaper i neurologi og særlig i geriatri. En god del av deres pasienter vil nemlig være gamle mennesker. De skal ha bred erfaring, og de skal se det som sitt mål å føre det ærerike moderfaget videre i Oslers ånd. Derfor bør de også ha en humanistisk og menneskelig forankring og interesse. De bør få en større del av sin utdanning ved mindre sykehus, og klinisk erfaring er viktigere enn forskning som meritteringsgrunnlag. De bør se det som en livsoppgave å drive indremedisinske avdelinger ved mindre sykehus. Det forhindrer selvsagt ikke at de også skal kunne drive forskning som er relevant for deres pasientgrunnlag, eventuelt delta i flersenterundersøkelser.

Generalplanutvalget var samstemmig om berettigelsen av generell indremedisin (14), men utvalget erkjente ikke at det dreier seg om to forskjellige typer av indremedisin og to forskjellige kulturer. Vi tror også det er tale om to forskjellige utdanningsfilosofier:

– Organspesialistene bygger på faktisk, forskningsbasert kunnskap som er lett tilgjengelig (men ofte teoretisk vanskelig) i lærebøker og tidsskrifter. Denne kunnskapen kan doseres og læres

– Den generelle indremedisinen bygger dels på tilsvarende faktisk kunnskap, men i tillegg på såkalt taus kunnskap. Den må de unge tilegne seg gjennom et langvarig lærling-mester-forhold hvor de lærer seg å se, forstå og vurdere på en helhetlig måte (15). Grenspesialistene må se i sine «skop», den generelle indremedisinen må også kunne «se med hjertet» (16).

Vi tror det er helt nødvendig å se denne todelige og ta konsekvensene av den i utdanning, meritteringssystem og betalingssystem. Dette vil bli en vanskelig prosess som vil kreve sterke virkemidler, fordi drivkreftene så lenge har vært ensidig rettet inn mot grenspesialisering. Det haster, fordi tiden er i ferd med å renne ut for de små sykehus.

Utdanningsmodellen for spesialister

Grenspesialister har i dag gjennomgående lengre utdanning og dypere faglig kompetanse enn de generelle indremedisinere. Dette gir dem høyere status og lettere adgang til stillinger. Leger i utdanningssituasjon vil naturlig føle at det er tryggest å grenspesialisere seg, og arbeidsmarkedet trekker dem lett inn i et spor som til slutt fører dem ut som grenspesialister, enten de

ønsker det eller ikke. Selv de som vil bli generalister, må først gå veien om grenspesialisering. Dette utgangspunktet hindrer faglig likestilling og fører til at generalistene blir et B-lag.

Omveien om grenspesialisering er unødvendig og uhensiktsmessig. I spesialiseringsprosessen blir mye av det generelle glemt når interessen for det spesielle blir vekket. Det fascinerende ved spesialkunnskapen får det generelle til å virke trivielt, og det blir vanskelig å gå tilbake til generaliststatus. Hvis organfordypelsen har pågått lenge nok, kan det til og med bli nødvendig med «omskolering» for å få tilbake bredden.

For at unge leger skal få reell mulighet til å velge mellom generell indremedisin og organspesialisering, må utdanningsmodellen endres. De to spesialisttypene bør få hver sin utdanning som tidlig rettes inn mot det fremtidige fagområdet (generell indremedisin eller grenspesialitet). De bør ha like lang utdanning (seks år) som fører frem til hvert sitt selvstendige kompetanseområde. Kompetanseområdet for grenspesialisten bør avgrenses til den aktuelle grenen og ikke omfatte stillinger i generell indremedisin.

I denne modellen vil grenspesialisten miste noe av bredden, men dette er ikke nødvendigvis et stort tap i forhold til dagens situasjon, fordi mange grenspesialister allerede har definert seg bort fra det generelle. Generalisten vil på sin side slippe å fordype seg i et snevert felt og kan i stedet konsentrere seg om å lære det viktigste i alle grenspesialitetene. En planmessig og strukturert utdanning som gir kompetanse i det vanligste i alle grenspesialiteter vil gi generalisten et solid faglig fundament.

Denne utdanningsmodellen innebærer at generalistens status blir oppjustert og at de to spesialisttypene blir bedre tilpasset behovet. Et mulig problem er at det kan vise seg å bli større etterspørsel etter generalistene enn etter grenspesialistene. De fleste mindre sykehus og en del av sentralsykehusene, vil være best tjent med generalister.

De indremedisinske avdelinger

Disse avdelingene er – som sykehusene – organisert i tre nivåer, men i praksis er det vel bare to funksjonelle nivåer. Vanskelige eller sjeldne tilstander blir i økende grad henvist direkte til det nærmeste sykehuset som har tilstrekkelig utstyr og kompetanse, uavhengig av om dette er sentral- eller regionsykehus. Det blir som regel et

kompromiss mellom geografisk avstand og kompetanse som avgjør behandlingsnivået.

Regionsykehusene har ressurser nok til å differensiere den indremedisinske avdelingen i seksjoner for grenspesialitetene. De har avansert utstyr, dyktige spesialister, og legene får stor erfaring i sin grenspesialitet. De bør drive forskning og utvikle internasjonale kontakter i faget. Dette vil gjøre det mulig å holde topp faglig og teknisk standard. Seksjonene bør forsøke å beholde en fot i generell indremedisin og følge med i de andre grenspesialitetene. Felles bakvaktordning og felles faglige møter er viktige virkemidler. Avdelingene bør drive en organisert poliklinikk, som også er seksjonsdelt og basert på henvisninger. Det er naturlig å følge opp en del pasienter med spesielt vanskelige problemer, over lang tid ved avdeling/poliklinikk, også for at legene skal få slik erfaring. Men det behøver ikke være mange pasienter, for det er betydelig kompetanse også på de neste nivåene.

Seksjoneringen av regionsykehusene har imidlertid også uheldige sider. Regionsykehusene har oftest både lokal-, sentral- og regionansvar. Hovedmassen av pasientene kommer inn under de lavere behandlingsnivåene, og disse pasientene hadde antakelig vært like godt eller bedre tjent med å komme til en generell ikke-seksjonert avdeling. Det er derfor også fornuftige arbeidsoppgaver for generalistene ved regionsykehusenes poliklinikker.

I takt med den faglige og utstyrsmessige opprustningen av lokal- og sentralsykehusene er også andelen «grenpasienter» ved regionsykehusene gått ned. Dette fører til at en stor del av pasientene ved organseksjonene er lokalsykehuspasienter som er plassert i en seksjon av praktiske grunner. Det virker som det er en viss mangel på «sjeldne tilstander» ved de spesialiserte sykehusene, og at det er et misforhold mellom antallet «grenpasienter» og den kapasiteten vi har bygget på regionnivå.

Faglig sett er det ønskelig å øke antallet henvisninger fra lokal- og sentralsykehusene, og trappe ned noen av de dyreste spissfunksjonene ved disse sykehusene. Kanskje bør kapasiteten på regionnivå reduseres (særlig i Oslo), og kanskje bør regionsykehusene i høyere grad fordele ansvaret for de forskjellige spissfunksjonene seg imellom.

Sentralsykehusene har en differensiert legestab som til sammen dekker de fleste grenspesialiteter. Ved noen

store sykehus og for noen grenspesialiteter er det naturlig å organisere seksjoner. Som regel vil imidlertid både ressurser, utstyr og erfaring være mer begrenset enn ved regionsykehusene. Mange sentralsykehus har ambisjoner om å bygge opp regionkompetanse på noen områder og forespeiler politikere at det er penger å tjene for fylket på dette, fordi en kan «ta hjem gjestepasientene». Vi tror dette svært ofte er betenkelig, dels av økonomiske grunner, men særlig fordi pasientmaterialet blir for lite og erfaringen dermed for begrenset. Sentralsykehusene har heller ikke ressurser til å drive en mer omfattende forskning. Poliklinikkene bør også være seksjonsdelt. Den generelle indremedisinske orienteringen er viktigere her enn ved regionsykehusene, og felles vaktordning er en selvfølge. Slike avdelinger får også pasienter med mer generelle indremedisinske problemer. Ofte vil slike pasienter grense over mot geriatrien. Avdelingene bør derfor ha noen leger som både er og oppfatter seg som generelle indremedisinere. Disse legene har en viktig oppgave i utdanningen av de yngre legene og for avdelingenes generelle filosofi og kultur.

Lokalsykehusene kan ikke skjæres over en kam. De større lokalsykehusene har ressurser nok til å nærme seg sentralsykehusene, iallfall i noen grenspesialiteter. Slike sykehus vil føle det naturlig å henvise vanskelige problemer direkte til regionsykehusene. Hvor grensene går, vil avhenge av lokale forhold. Vi tror det er uklokt å la lokalsykehusene få bygge opp spisskompetanse på områder hvor pasientmaterialet er for lite til at de kan få tilstrekkelig erfaring. Den generelle indremedisinen blir relativt viktigere ved slike sykehus enn ved sentralsykehusene.

De små lokalsykehusene kan bare i liten grad differensiere sin indremedisinske legestab og må forsøke å bygge opp et godt miljø for generell indremedisin, samtidig som de må beherske undersøkelsesmetoder som blir hyppig brukt. Poliklinikken er stort sett udiffersiert. Sykehusene må samarbeide dels med primærlegene og dels med grenspesialistene på sentral- og regionsykehusene. Sykehusspesialistene må fremstå som gode veiledere for de allmennpraktiserende legene i lokalsykehusenes nedslagsfelt. Det er helt avgjørende for indremedisinens fremtid at disse sykehusene klarer å skape gode fagmiljøer som rekrutterer leger som passer til og er motivert for dette arbeid.

Ambulant indremedisin

De fleste indremedisinske pasienter har kroniske sykdommer, og storparten av den indremedisinske behandling og pasientveiledning må drives som ambulant praksis. Spørsmålet er hvordan den skal organiseres? Vi tror pasientene faller i to grupper.

Den ene gruppen har så komplisert sykdom at det er naturlig for dem å ha en indremedisiner – oftest en grenspesialist – som sin faste lege. Denne gruppen kan være knyttet til en poliklinikk, hvis den er organisert slik at pasientene får samme lege hver gang. Den andre muligheten er at de kan holde seg til en praktiserende indremedisinsk spesialist. Disse alternativene skulle være like gode, hvis spesialisten har en praksis som gir tilstrekkelig erfaring med spesielle pasientgrupper.

Den andre gruppen av indremedisinske pasienter har mindre kompliserte sykdommer, slik at de ikke er avhengige av løpende spesialistvurderinger. De bør ha en allmennpraktiker som sin faste lege. Med passende mellomrom bør slike pasienter henvises til kontroll og vurdering hos indremedisinsk spesialist. Dette kan foregå ved poliklinikk, hos indremedisinsk spesialist eller ved ambulerende spesialist som undersøker og vurderer pasienten sammen med allmennpraktikeren. Det er imidlertid allmennpraktikeren som har ansvaret for oppfølgingen av pasientene, i samarbeid med spesialistene.

Det er et skjønsspørsmål hvor grensen går mellom allmennpraksis og spesialiteten. Etter vår mening bør det være et prinsipp i norsk helsetjeneste at pasienter i utgangspunktet hører til hos sin faste allmennpraktiker. Spesialistpraksis bør derfor fortsatt bygge på

henvisning fra allmennpraktiker, og spesialister bør ikke beholde pasientene for lenge. Flest mulig pasienter bør behandles i sitt lokale miljø.

Konklusjon

Utviklingen – særlig de siste 20 år – har skapt en ny situasjon for indremedisinen. Derfor er det nødvendig å erkjenne at det er to former for indremedisin:

– Den ene formen er grenspesialitetene med forskningsbasert kunnskap, avansert utstyr og detaljert erfaring på et begrenset felt. Det er denne formen som har gitt de store fremskrittene i teori og praksis, men prisen har vært en svekket helhet

– Den andre formen er generell indremedisin som spenner over alle grenspesialitetene og grenser over mot allmennmedisin og geriatri. Klinisk erfaring, helhetlige vurderinger og menneskelig omsorg står sentralt.

Det er paradoksalt at den siste formen omfatter de fleste pasientene og de færreste legene.

Vi foreslår at man tar konsekvensen av denne utviklingen og lager to utdanningsveier i indremedisin. Den ene sikter mot grenspesialitetene og arbeid på store sykehus. Den andre sikter mot generell indremedisin og arbeid på mindre sykehus. Det er viktig å holde de to delene sammen i ett felles fagmiljø som forvalter indremedisinens ressurser og utvikler faget videre. Klarer man det, har indremedisinen fortsatt en viktig rolle i norsk helsetjeneste.

Litteratur

1. Laache S. Norsk medicin i hundrede aar. Kristiania: Steen'ske Bogtrykkeri, 1911.
2. Maulitz RC, Long DE. Grand rounds. One hundred years of internal medicine. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1988.
3. Lange HF. Norsk Selskap for Indre Medicin 1915–1965. Oslo: Norsk Selskap for Indre Medicin, 1965.
4. Osler W. The principles and practice of medicine, designed for the use of practitioners and students of medicine. 8. edit. – largely re-written and thoroughly revised with the assistance of McCrae T. New York: Appleton, 1912.
5. Cushing H. The life of Sir William Osler, I–II. London: Oxford University Press, 1940.
6. Hjort PF. Hva er indremedisin? Inter Medicos 1965; 8: 137–48.
7. Stevens R. The curious career of internal medicine: functional ambivalence, social success. I: Maulitz RC, Long DE, red. Grand rounds. One hundred years of internal medicine. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1988: 339–64.
8. Warren JV. The training of the internist: today and tomorrow. JAMA 1966; 195: 151–4.
9. Uhl HS. Internal medicine: of form, function and the future. Hosp Pract 1989; 24: 9–11.
10. Lange OJ. Legebemanningen ved våre indremedisinske avdelinger. Tidsskr Nor Lægeforen 1989; 109: 3489–95.
11. Helsestatistikk 1986, 1987. Oslo: Statistisk Sentralbyrå, 1986, 1987.
12. Kindseth O, Balstad P, Hammervold R, Jørgensen S. Samdata – sykehus 1988. NIS-rapport 1/88. Trondheim: Norsk institutt for sykehusforskning, 1988.
13. «Tenkekomitéen». Tanker om morgendagens primærlegetjeneste! Oslo: Alment praktiserende lægers forening og Offentlige legers landsforening, 1978.
14. Aksnes EG, Bjark P, Seggaard E, Evensen SA, Forfang K. Generalplan for indremedisin i Norge. Oslo: Norsk indremedisinsk forening, 1979.
15. Josefson I. Från lärling till mästare. FoU rapport 25, 1988. Stockholm: Svenska hälso- och sjukvårdens tjänstmannaförbund, 1988.
16. Saint-Exupéry A de. Den lille prins. København: Jespersen og Pios Forlag, 1970.

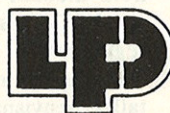
Laboratorium for klinisk mikrobiologi

Postboks 6731 St. Olavs plass, Oslo 1
Peder Claussøns gt. 2. Tlf. (02) 11 44 24

Bakteriologiske prøver mottas

Miklos Degré Berit Hovig
Eirik Holten Tore Midtvedt

Spesialister i medisinsk mikrobiologi



LABORATORIUM FOR PATOLOGI A/S

Peder Claussøns gate 5
Postboks 6727, St. Olavs plass
0130 Oslo 1

Histologisk og cytologiske prøver mottas
Frysesnitt etter avtale

Kjell Elgio
Sigvald B. Refsum d.y.

Peter Lexow
Brynjulv Øystese

Telefon (02) 20 33 48
Telefax (02) 11 48 72