

deles uten at medisinske myndigheter involveres i prosessen. Denne ulykkelige situasjonen har sin bakgrunn i en todelt organisering av tjenesten. Transportkontraktene konkurransesettes. Markedet er tøft, og prisene presses. Dette medfører at luftambulansebaser skifter operatør, noe som også finner sted denne våren. Basemiljøer brytes opp, og helsepersonellet må igjen tilpasse seg nye operative rammebetingelser. Legearbeidet forstyrres i månedsvis. Legeheli-koptertjenesten er sikkerhetsutsatt på to måter. For det første håndterer tjenesten svært syke pasienter, og behandlingstiltakene er krevende. Dette skulle tilsi maksimalt stabile arbeidsforhold. For det andre er det en operativ risiko. Etter et havari i 1996 ned-satte Sosial- og helsedepartementet en arbeidsgruppe som anviste flere viktige risiko-reducerende tiltak (2). De viktigste var:

- Best mulig kompetanse hos det personellet som tjenestegjør i cockpiten.
- Seleksjon, utdanning og trening av hele besetningen i kommunikasjon, rolleforde-ling og samhandling (Crew Resource Man-agement).
- Gode styrings- og organisasjonssystemer.

Også disse forhold betinger stabilitet og kontinuitet i tjenesten. Det motsatte skjer, noe som burde bekymre departementet.

Den kommende sykehusreformen skal inkludere luftambulansetjenesten (3). Dermed får man en anledning til å sikre tjenesten som det medisinske verktøy den skal være. Luftambulansetjenesten bør underlegges de regionale helseforetak. Velges anbudsprin-sippet, må regionens medisinske behov være styrende. Kvalitet, langsiktighet og konti-nuitet må prioriteres. Det er imidlertid behov for et sentralt myndighetsorgan som setter én nasjonal standard. Spesielt hensynet til flysikkerhet tilsier dette. Rikstrygdeverket har siden 1988 bygd opp en nasjonal infra-struktur for Statens luftambulansetjeneste. Ulike samarbeidsfora arbeider for å høyne flysik-kerheten og utvikle tjenesten videre. Her er det gjort en meget god jobb, og denne infra-strukturen må ikke gå tapt.

Akuttmeldingen (4) varsler etablering av et Statens luftambulansesektor i Rikstryg-deverket. Denne plasseringen er imidlertid ikke naturlig i den nye foretaksmodellen. Det kommende Sosial- og helsedirektoratet kan være et bedre valg, eventuelt i en nett-verksmodell som involverer relevante kom-petanseorganer. Norsk akuttmedisinsk kom-petansesenter (NAKOS) og Flymedisinsk Institutt (FMI) burde inkluderes i dette na-sjonale kompetansenettverket for luftambu-lansetjenesten.

Høvik

Pål Madsen  
sjeflege  
Norsk Luftambulansetjeneste AS

#### Litteratur

1. Sundar T. Luftens leger føler seg skviset. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1295.

2. Sluttrapport. Arbeidsgruppen for økt flysik-kerhet i Statens luftambulansetjeneste. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 1997.
3. Ot.prp. nr. 66 (2000–2001). Lov om sykehus-foretak m.m.
4. St.meld. nr. 43 (1999–2000). Om akuttmedi-sinsk beredskap.

## Statens luftambulansetjeneste og «luftens leger»

Det vises til artikkelen *Luftens leger føler seg skviset* (1) i nr. 10/2001. Rikstrygde-verket vil be om spalteplass for en liten rede-gjørelse.

Driftsansvaret for Statens luftambulansetjeneste er delt mellom Rikstrygdeverket, som har ansvaret for transporttjenesten, og fylkeskommunene, som har ansvaret for den medisinske tjenesten. Rikstrygdeverket ut-øver den operative del av transportansvaret gjennom kontrakter med fly- og helikopter-selskaper, mens fylkeskommunen enten iva-retar sitt medisinske driftsansvar gjennom egne ansatte eller ved å kontrahere tjenester fra private helseforetak.

Når det gjelder transporttjenesten, er Rikstrygdeverket underlagt de normale stat-lige regler når det gjelder tilbudsinnhentning, objektiv tilbudsvurdering, kontraktsinngåel-se etc. Fly- og helikopterkontraktene for den samlede luftambulansetjenesten, i alt 11 heli-kopterbasert og sju flybasert, utgår i løpet av første halvår 2001. Rikstrygdeverket inviter-te derfor våren 2000 interesserte luftfartsselskaper innenfor EØS-området til å inngi til-bud på en ny kontraktsperiode frem til 31.12. 2004, med mulighet for forlengelse frem til 31.12. 2007. Innkomne tilbud ble vurdert i samsvar med foreliggende regelverk, og kontrakter ble inngått på grunnlag av de fast-satte tildelingskriterier. Disse kriteriene var utarbeidet i samråd med medisinsk personell og hadde vært på høring hos samtlige fylkes-kommuner.

Det er ikke riktig at «Rikstrygdeverket legger vekt på å spare penger, uten å ta til-strekkelig hensyn til arbeidstidsordninger, lokalkunnskap og medisinsk kvalitet», slik det hevdes i artikkelen. All virksomhet skal foregå i samsvar med gjeldende lover og forskrifter. Luftfartstilsynet, Arbeidstilsynet og Statens helsetilsyn har det formelle ansvaret for å føre tilsyn med dette. I tillegg følger Rikstrygdeverket selv opp alle forhold som kan ha betydning for den transportmessige sikkerheten til de involverte, dvs. både fly-operativt personell, medisinsk personell og pasienter.

Rikstrygdeverket får sine budsjetttrammer fra Storting og regjering. Det er Rikstrygde-verkets plikt å sørge for et helhetlig, lands-dekkende luftambulansesystem, i samsvar med spesifiserte krav til bl.a. kvalitet og sik-kerhet.

Det har gjennom en årrekke vært et, etter

vår vurdering, godt samarbeidsforhold mel-lom leger, flysykepleiere og Rikstrygdever-ket. Rikstrygdeverket er innstilt på å videre-føre og videreutvikle dette samarbeidet, til beste for både pasientene og det personellet som deltar i Statens luftambulansetjeneste.

Oslo

Tone Mørk  
avdelingsdirektør  
Helse- og rehabiliteringsavdelingen

#### Litteratur

1. Sundar T. Luftens leger føler seg skviset. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1295.

## Hvordan finne nordiske artikler på nettet?

I anmeldelsen av den siste utgaven av Medi-cinsk årbog ble det etterlyst et bedre system for gjenfinning av artikler fra tidligere ut-gaver (1). Gjenfinningsmetoden som ble skissert i bokanmeldelsen var basert på pa-pirindeksen i den omtalte utgaven. Jeg vil her gjøre oppmerksom på at det også er mu-lig å søke opp artikler i databasen Svemed+, som finnes fritt tilgjengelig fra hjemmeside-ne til Karolinska Institutets Bibliotek: <http://micr.kib.ki.se/>. Denne databasen gir tilgang til referanser til medisinsk litteratur fra de nordiske landene, og for enkelte av tidsskrif-tene er det lagt inn referanser fra tidsskrifter helt tilbake til 1980-årene. Det er i alt ca. 125 tidsskrifter som referansene er hentet fra, og databasen gir mulighet til å benytte både engelske eller nordiske søkeord.

Trondheim

Solveig Isabel Taylor  
universitetsbibliotekar

#### Litteratur

1. Fosse A. Medisinsk årbok – bredspektret opp-lysning. Anmeldelse av boken: Medisinsk årbog 2001. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1210.

## Henvisningsplikten – nok en gang

Jeg vil gjerne komme med noen kommenta-rer og spørsmål angående henvisningsplik-ten i den nye normaltariffen – denne gang ikke om ordningen, men om prosessen frem til denne.

I medlemsbrevet 18.4. 2001 står det: «For-handlingene har vært både langvarige og kompliserte. Fra Statens side har det vært en forutsetning at kravene til henvisning til spe-sialisthelsetjenesten skjerpes.» Mandatet til våre forhandlere var landsstyrets vedtak fra oktober 1999, der de «pålegges å motvirke at pasientenes rettigheter til refusjon ved be-handling hos spesialist svekkes». Og dette er de vitterlig blitt! Dette kan da vel ikke tolkes på annen måte enn at våre forhandlere ble overkjørt, at staten fikk presset sitt stand-punkt igjennom, trass i protester? Stor blir

derfor overraskelsen når president Hans Petter Aarseth på nettsiden uttaler at han forsværer denne henvisningsordningen. Likedan når visepresident Hans Kristian Bakke i Dagens Medisin uttaler at Den norske lægeförening i forhandlingene forholdt seg til landsstyrevedtaket. Hvordan kan dette forstås? Mandatet var vel klart nok?

President Aarseth uttaler også at reglene er i tråd med en tidligere avtale mellom Apf og PSL. Han sikter da sannsynligvis til et oppklarende møte mellom Bakke og Gunnar Ramstad fra Apf og Berit Norling og Gisholt fra PSL i januar 1999. I vedtaket herfra heter det i et av punktene: «Pasienter som har kroniske lidelser og som er avhengige av spesialistbehandling, trenger kun henvisning én gang, dog tilbakemelding til fast lege etter hver konsultasjon.» Vedtaket fra dette møtet er senere behandlet i sentralstyret, men så vidt jeg vet ikke i landsstyret, slik presidenten anfører.

Foreningens medlemmer har forskjellige meninger om en rigorøs henvisningsordning, men etter demokratiske vedtak innad i organisasjonen bør foreningen og våre forhandlere stå samlet utad.

Nesttun

*Kjell Gisholt*

### *Presidenten svarer:*

Alt kan sees fra forskjellig ståsted. Så også hensiktsmessigheten ved og innretningen av en henvisningsordning. Det er vanskelig både å ha et system som baserer seg på allmennpraktikeren som portvakt og fri tilgang til spesialist for den enkelte pasient. Spørsmålet som må stilles er om den avtalte ordning hindrer pasienter i å få nødvendige spesialisthelsetjenester innenfor det offentlig finansierte systemet. Jeg mener svaret på det er nei.

Det er riktig at den avtalte ordning ikke er 100 % sammenfallende med den skisse som Apf og PSL ble enige om i januar 1999. Den avviker ved at spesialisten istedenfor å sende en tilbakemelding til allmennlegen etter hver konsultasjon kan gjøre det en gang i året og dermed få en ny henvisning dersom pasienten er avhengig av fortsatt spesialistbehandling. Dette vil ivareta pasientenes interesse.

Jeg er enig med Kjell Gisholt i at landsstyret ikke har behandlet som egen sak skissen til henvisningsordning. Den har imidlertid ligget med som grunnlagsmateriale i landsstyrets behandling av fastlegeordningen. Det må også være grunn til å anta at det landsstyrevedtaket fra oktober 1999 som det henvises til i Gisholts innlegg, og som var fremsatt av Gisholt, ikke er i strid med den skissen til henvisningsordning som Gisholt selv var med på å lage i januar samme år.

Oslo

*Hans Petter Aarseth*  
Den norske lægeförening

## Turnus

Det er forståelig at det hersker en viss frustrasjon blant kommende turnusleger som eventuelt må vente et halvt år eller, enda verre, ta til takke med en forringet turnustjeneste. Det er tydeligvis også svært truende for enkelte norske studenter at det er blitt så mange utenlandsstudenter som konkurrerer om de samme plassene. Siden vi alle før eller siden skal jobbe sammen, bør vi vel legge ned stridsøkene og forsøke å samarbeide? Plassproblemet er for tiden akutt, og det ser ikke ut til å bli bedre på en stund ennå. Derfor trengs det etter min mening også akutte tiltak som er relativt enkle å iverksette mens selve turnussystemet utbedres på nasjonalt plan. Som norsk student, med støtte fra Lånekassen, bør det være en selvfølge at jeg har de samme rettighetene som Christopher fra Bærum, selv om jeg studerer i Polen og han i Oslo.

Mitt forslag er derfor at det lages «nasjonaleksamen» i MCQ-form, noe å la det som brukes i USA og Canada, eller for den saks skyld den norske «fagprøven». Da vil man på realt vis kunne tildele turnusplasser til f.eks. de 275 beste kandidatene hvis det skulle være 275 plasser ledig på dette tidspunkt, og man unngår tildeling etter loddtrekning eller en usaklig prioritering av studenter som studerer i Norge. Samtidig vil man da «sikre» sykehus og ikke minst våre pasienter de beste legene på en real måte! Prøven bør selvsagt lages av uihildede personer som ikke er direkte tilknyttet noe universitet.

Det kan i tillegg sees som en generell kvalitetssikring, da det bare i Norge opereres med ulike undervisnings- og evalueringsmetoder, med og uten karakterer, som kanskje avviker en tanke fra resten av Europa. Norge er i ferd med å bli en del av det internasjonale samfunn også på legesiden, og vårt opptakssystem er muligens i ferd med å gå ut på dato, slik at en mer standardisert «opptaks-eksamen» for alle som ønsker turnusplass kanskje er nødvendig uansett?

Jeg håper dette kan sees på som et konstruktivt, men selvsagt svært uferdig forslag til løsning av plassmangelen.

Skien/Krakow

*Jørn E. Rasmussen*

## Hvorfor forskerlinje for medisinstudenter?

De fire medisinske fakultetene i Norge prioriterer høyt å etablere en forskerlinje som et spesialtilbud for medisinstudenter. Øivind Larsen frykter i Tidsskriftet nr. 10/2001 at en forskerlinje vil medføre negative konsekvenser og «to hundre års tilbakeskritt» (1). Det er det ingen grunn til å frykte. Innføring av en forskerlinje vil ikke skje på bekostning av eksisterende ordninger for forskerrekuttering.

Forskerlinje ved fakultetene vil fremme medisinsk forskning og ikke minst den type

forskning som Larsen taler varmt for, det er derfor den skal opprettes. Medisinsk forskning i Norge er verken kvalitativt eller kvantitativt god nok. Det er for få medisinerere som forsker, og de som forsker, gjør det i for liten grad og i for kort del av yrkeskarrieren. Norsk medisin generelt og fakultetene spesielt har et ansvar for å gjøre noe med dette. Ved etablering av en forskerlinje vil inntil 10 % av kullene få en tidlig forskeropplæring og forskningsinteresse. I løpet av studiet vil de bli engasjert i forskningsprosjekter. I motsetning til Larsen er vi overbevist om at nettopp medisinerere i 20-årene vil representere en særskilt viktig forskningsressurs – de har pågangsmot, evne til nyttenking og stor kapasitet. Det er umulig å forstå at Larsen tror unge studenter vil svekke «den faglige nysgjerrigheten og dermed evnen til å undre seg på en fruktbar måte». Vi er enige med Larsen i at god forskning også betinger «kunnskapsbakgrunn nok til å vite hva man bør undre seg over», men dette er ikke i strid med forskerlinje. Studentene skal jo ikke forske alene, sammen med etablerte og mindre etablerte forskere vil de delta i vitale forskningmiljøer. Gjennomsnittsalderen ved avlagt dr.med.-grad er i dag godt over 40 år. Det er ikke hensiktsmessig.

Hva med de 90 % av studentene som ikke følger forskerlinjen? Vi tror bestemt at også disse vil profitere på en generell økt forskningsinteresse blant studentene. Studenter med og studenter uten forskerlinje har et identisk studium med unntak av forskningsbiten. Det vil ikke bli separate grupper, de vil arbeide sammen og påvirke hverandre. I tillegg er det viktig å understreke at også med forskerlinje vil det være mange andre forskningsveier. Studenter i det vanlige medisinstudiet kan ha forskningsoppgaver på samme måte som i dag. Særoppgave vil fortsatt være obligatorisk for alle studenter, og denne har ofte et forskningselement. Og etter avsluttet studium må langt flere enn de 10 % som har tatt forskerlinjen, være engasjert i forskning og ta doktorgrad. Forskerlinje vil stimulere alles faglige nysgjerrighet.

Bergen/Oslo/Tromsø/  
Trondheim

*Nils Erik Gilhus*

*Ole Petter Ottersen*

*Kirsti Ytrehus*

*Ole-Jan Iversen*

prodekaner for forskning/undervisning

### Litteratur

1. Larsen Ø. Forskerlinje ved fakultetene – to hundre års tilbakeskritt? Tidsskr Nor Lægefören 2001; 121: 1281–2.

### Ø. Larsen svarer:

At de fire prodekanene for forskning/undervisning ved de norske medisinske fakulteter sammen finner å ville kommentere mine bekymringer vedrørende innføringen av en forskerlinje ved fakultetene, bekrefter at saken er viktig.