

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.

De fire prodekaner argumenterer med sitater fra min artikkel. Det de hevder er umulig å forstå, står i følgende avsnitt: «God forskning er avhengig av at det stilles gode spørsmål. Å stille gode spørsmål har minst to forutsetninger: At man har utviklet den faglige nysgjerrigheten og dermed evnen til å undre seg på en fruktbar måte, og dernest at man har kunnskapsbakgrunn nok til å vite hva man bør undre seg over. Det er derfor grunn til å tvile på hvorvidt ferske studenter er i stand til å stille de beste spørsmål – og især til å stille slike spørsmål som først melder seg etter årelang erfaring, f.eks. innenfor klinisk arbeid eller samfunnsmedisin.» Min bekymring gjelder ikke veiledningen av forskerlinjestudentene, men mulighetene til å fange opp andre som har studert en stund og som av seg selv får originale tanker og lyst til å forske.

Det er betryggende å bli forsikret om at innføringen av en forskerlinje ikke vil skje på bekostning av eksisterende ordninger for forskerrekuttering. Imidlertid har disse delvis fungert dårlig. Det var også en av grunnene for at tanken om en forskerlinje er blitt tatt opp igjen og nå altså er blitt satt ut i livet. Min uro for rekrutteringen til klinisk og samfunnsmedisinsk forskning siden denne løsningen ble valgt, er ikke blitt dempet av prodekanenes tilsvær.

For drøyt 200 år siden var legestanden delt i to – de lærde medici og de håndverksmessig opplærte kirurger. Kanskje var denne todelingen i fag og praksis en pragmatisk oppsplitting i en ressursknapp tid. Men det var en faglig fordel da den ble avskaffet og den enhetlige legeutdanningen ble en felles basis. Det er her faren for tilbakeskritt er til stede. Også nå er det en ressursknapp tid.

I likhet med prodekanene er jeg overbevist om det store forskningspotensialet hos medisinere som er i 20-årene. Noe annet har jeg verken ment, sagt eller skrevet. Det gjelder bare å rekruttere de riktige. Derfor har jeg omtalt alternativer til forskerlinje, tiltak som selvsagt også kan komme i tillegg til forskerlinje. Det ville være fint om vår lille debatt her og nå kunne provosere frem en drøfting av andre måter å stimulere til forskning blant unge medisinere.

Også blant andre unge medisinere – blant de 90 % som ikke er tatt opp på en forskerlinje.

Oslo

Øivind Larsen

Legeforeningens lønnskamp

Gunnar Hetland er i tvil om legeyrket kan anbefales, blant annet på grunn av lønnen (1). Generalsekretær Harry Martin Svabø svarer at lønnen nok ikke er så dårlig (2). Svabø skriver: «Legeforeningen har gjennom mange år arbeidet for at nyutdannede legers regulativlønn må heves – både turnusleger, assistentleger og kommuneleger.» Til

tross for denne årelange innsats har underordnede sykehusleger en timelønn på omkring 150 kroner. Turnusleger tjener ofte dårligere enn sykepleierne ved samme avdeling. Som overlege i øverste lønnstrinn er min timelønn kr 181,87. Gravemaskinmannen som nettopp fjernet grus utenfor huset, tar kr 800 pluss moms. Men så er vel hans investering i gravemaskin og lastebil mer verdt enn skolegang, lånefinansierte studier, doktorgrad og 12 års erfaring i legeyrket. Eiendomsmegleren som solgte leiligheten min, tok kr 55 000 for noen få timers arbeid. Han har ett års utdanning. Firmaet han arbeider i, beholder vel minst halvparten. Men likevel. Mureren som pusset pipen, tok kr 3 000 for fire timers jobb, uten å gi kvittering. Sånn kan man fortsette. Og jeg har ikke engang nevnt alle pengefolkene.

Mange nordmenn tjener meget godt, langt bedre enn offentlig ansatte sykehusleger. Generalsekretæren må gjerne påstå at Legeforeningen gjennom mange år har arbeidet for økt lønn. Men kan man si at det har vært noen suksess?

Dermed er jeg ikke beroliget av forsikringen om at: «Arbeidet for bedret regulativlønn vil fortsette. Arbeidet for å bedre nyutdannende legers lønnsnivå vil fortsette og trappes opp videre.» Mener Svabø med dette at Legeforeningen vil fortsette sin «lønnskamp» i samme spor? Eller har han nye, effektive virkemidler i tankene? Kanskje han kunne konkretisere sine tanker om den fremtidige lønnskampen her i Tidsskriftet?

Oslo

Torkel Steen

Litteratur

1. Hetland G. Kan legeyrket anbefales? Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1416.
2. Svabø HM. Kan legeyrket anbefales? Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1416.

Generalsekretæren svarer:

I mitt svar til Gunnar Hetland gjorde jeg i grove trekk rede for min oppfatning om legers aktuelle lønsmessige status og antydning hva som bør være fremtidige mål. Hvordan Legeforeningens lønnskamper utformes i fremtiden, bør nok være en større utfordring for blant andre Torkel Steen (som er medlem i Legeforeningens lønnsutvalg) og andre fremtidige deltakere i Legeforeningens forhandlingsarbeid. Hva slags spor vil disse følge? Hvilke virkemidler vil de bruke? Og fremfor alt, hvordan vil de koble lønn til legers forskjellige innsatsområder, de vitenskapelige og undervisningsbaserte, til legers kompetanse, til ansvar og lederskap? Selvsagt har generalsekretæren oppfatninger om dette, sterke også, men disse kanalisere jeg som vanlig og med glede inn i den interne forhandlingsprosessen.

Oslo

Harry Martin Svabø
Den norske lægeforening

Behandling av falsk krupp med racemisk adrenalin

Tarjei Rygnestad, Eirik Skogvoll

Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1263–4

I Tidsskriftet nr. 10/2001 er det oppstått en feil i artikkelen om behandling av falsk krupp med racemisk adrenalin. På side 1264, 1. spalte, 1. avsnitt, nest siste setning skal det stå: Vanlig dosering av racemisk adrenalin 22,5 mg/ml er ca. 0,1–0,2 ml per 10 kg i 2 ml 9 mg/ml NaCl, dvs. 2,2–4,5 mg/10 kg eller 1,1–2,1 mg/10 kg av L-adrenalin.

Cerebral parese

Ola H. Skjeldal, Magnhild Rasmussen

Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1565

I Tidsskriftet nr. 13/2001, side 1565, 2. spalte, siste avsnitt skal stå: Hele 81 % av barna (30/37) hadde ifølge foreldrene lære vansker.

Innlegg til korrespondansespalten

- **Maksimum 400 ord og 5 litteraturhenvisninger**
- **Dobbelt linjeavstand og bred marg**
- **Avsender garanterer for medforfatteres underskrifter**
- **Sendes redaktøren som e-post**
tidsskriftet@legeforeningen.no eller
- **A-post**
Tidsskrift for Den norske lægeforening
Postboks 1152 Sentrum
0107 Oslo
eller
- **telefaks til 23 10 90 40**

Bruk kun én forsendelsesmåte.