

og gi forutsigbare rammevilkår for forskningsbasert industri, samtidig som hensynet til myndighetenes budsjett og behov for kostnadskontroll skal ivaretas. En legemiddelpolitikk med profil og synlig målsetting handler om riktige prioriteringer.

Vidar Sie

MSD

Grethe Aasved

Pfizer

Hallstein Husbyn

GlaxoSmithKline

Christian Clemm

AstraZeneca

Håvard Selby Ebbestad

Pharmacia

Anders Tullgren

Bristol-Myers Squibb

Litteratur

1. Tall og fakta 2003. Legemidler og helsevesen. Oslo: Legemiddelindustriforeningen, 2003.
2. Delays in market access. Cambridge: Cambridge Pharma Consultancy, 2002.
3. Flertallsinnstillingen fra Stortingets Sosialkomité, Statsbudsjettet for 2003.
4. European Commission: G10 Medicines report, 7.5. 2002. www.pharmacos.eudra.org (17.3.2003).

Rekrutteringskrisen i medisinsk forskning

I Tidsskriftet nr. 3/2003 har Mari Nes & John-Arne Røttingen et tankevekkende innlegg om rekrutteringskrisen i medisinsk forskning i Norge (1). Allerede for flere år siden ble det foreslått tiltak for å motvirke rekrutteringskrisen (2–4), og det ble iverksatt visse tiltak, bl.a. vektlegging av medisinsk utdanning ved tilsetning i stipendiatstillinger og egne forskerlinjer i grunnutdanningen i medisin. Effekten av forskerlinjene blir tidligst synbar om 6–10 år. Konklusjonen blir derfor at tiltak som var nødvendige for å snu den negative utvikling, ikke ble satt i verk.

Som påpekt av LVS (Forening for leger i vitenskapelige stillinger) ved mange anledninger, er det lavt lønnsnivå og dårlige arbeids- og forskningsvilkår som er hovedårsakene til den sviaktende rekrutteringen av leger til medisinsk forskning. Dette ble nylig bekreftet i en rapport fra Norsk institutt for studier av forskning og utdanning (NIFU) (5).

Det er svært uheldig når antall personer med medisinsk fagbakgrunn blir for lavt innenfor et medisinsk forskningsfelt. De samme forhold gjelder også for medisinsk undervisning. Også der er det en nedre grense for antall kvalifiserte lærere med medisinsk fagbakgrunn for at grunn- og videreutdanning av leger og annet helsepersonell skal bli tilfredsstillende.

Så langt foreligger det ingen konkrete planer om hvilke strategiske tiltak myndighetene vil velge for å snu dagens situasjon med mange ubesatte stillinger i akademisk

medisin og med økende rekruttering av forskere med ikke-medisinsk bakgrunn til vitenskapelige stillinger ved de medisinske fakulteter. Særlig i de kliniske fagene kan dette bli problematisk.

Det er universitetene og helseforetakene som er arbeidsgivere for leger i vitenskapelige stillinger, og som etter vår oppfatning må være pådrivere i arbeidet med å snu rekrutteringskrisen i akademisk medisin. Å gi høyere lønn til leger i akademisk medisin innebærer en politisk prioritering. Det er i arbeidsgivers interesse å beholde og rekruttere høyt kompetente medisiner til vitenskapelige stillinger ved universitets- sykehusene og de medisinske fakultetene. Ved lønnsforhandlingene høsten 2002 ble kravet om en «særpott» for leger i akademisk medisin avvist av staten – et dårlig signal like før lønnsoppgjøret mellom helseforetakene og NAVO. Resultatet er at lønnsgapet mellom leger i kliniske og akademiske stillinger, spesielt i basalfagene, vil øke, noe som vil forsterke flukten av leger fra akademisk medisin ytterligere.

Bunnen er antakelig ikke nådd. Den dårlige rekrutteringen og flukten av leger fra akademisk medisin vil fortsette med mindre man setter inn tiltak som virker.

Anna Midelfart

Forening for leger i vitenskapelige stillinger

Litteratur

1. Nes M, Røttingen J-A. Leger og forskning – når er bunnen nådd? Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 344–5.
2. Midelfart A, Faxvaag A, Pettersen HB, Schei B. Arbeids- og lønnsvilkår for amanuenser og lektorer i medisin. Tidsskr Nor Lægeforen 1992; 112: 3231–4.
3. Midelfart A. Lønns- og arbeidsvilkår for vitenskapelige mellomstillinger. Tidsskr Nor Lægeforen 1996; 116: 1725–7.
4. Røttingen JA, Thorsby P, Seem C, Gautvik KM. Medisinsk forskning ved norske universiteter. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 2339–43.
5. Tvede O. Medisinske og odontologiske spesialiteter ved norske læresteder: Status og vurdering av rekrutteringsforholdene til forskning. NIFU skriftserie nr. 14/2002. Oslo: Norsk institutt for studier av forskning og utdanning, 2002.

Hvorfor beholde spesialiteten i barnekirurgi?

Norsk barnekirurgi har lang tradisjon (1). Barnekirurger opererer sjeldne og komplekse tilstander hos barn, mens vanlige tilstander som appendisitt, lyskebrokk og testisretensjon stort sett behandles av generelle kirurger eller andre grenspesialister. Barnekirurgiske tilstander er ofte alvorlige og sjeldne, og man trenger derfor mange år i faget for å oppnå et solid personlig erfaringsgrunnlag.

Høsten 2002 anbefalte et utvalg oppnevnt av Nasjonalt Råd at spesialiteten i barnekirurgi skulle fjernes og arbeidsoppgavene overføres til kirurger i de øvrige subspecialiteter (2). Den norske lægeforening har

nedsatt et utvalg som har vurdert utdanningsstrukturen i de kirurgiske fagene. Dette utvalget mener at spesialiteten i barnekirurgi skal opprettholdes (3). Så langt er det ikke fattet noen endelig beslutning om spesialitetens videre fremtid (4).

Som utdanningskandidat i barnekirurgi forstår man raskt at faget er unikt. Barnekirurgi inkluderer nyfødtkirurgi, barne-nevrologi, onkologisk kirurgi og medfødte misdannelser. Mange misdannelser omfatter flere organsystemer, og mange barnekirurgiske akuttinngrep krever kirurg. Stadig flere misdannelser oppdages prenatalt, og barnekirurger er viktige ved prenatal informasjon og perinatalmedisinsk behandling. De fleste barna har livsløpstilstander og trenger langvarig oppfølging av kompetent og interessert kirurg som har god kontakt med andre spesialister som barnelege, barneradiolog og barnepsykiater.

Spesialiseringen innenfor barnekirurgi har vært ledsaget av redusert sykkelighet og dødelighet (5). Volum-kvalitet-relasjonen antas å ha betydning for denne gunstige utviklingen.

Praktisk talt alle EU-land samt USA, Canada og Australia har barnekirurgi som hoved- eller grenspesialitet. For å holde god faglig standard er det viktig med gode internasjonale relasjoner. Som spesialist i barnekirurgi er det langt enklere å kunne jobbe som barnekirurg i utlandet enn med bakgrunn i annen kirurgisk subspecialitet. UEMS (Union of European Medical Specialists) arrangerer internasjonal eksamen i barnekirurgi, og terskelen for å ta denne er lavere dersom man på forhånd er spesialist i barnekirurgi.

Jeg frykter at rekruttering til det barnekirurgiske fagfelt vil kunne bli dårligere hvis man fjerner spesialiteten i barnekirurgi fordi gastrokirurger, thoraxkirurger og urologer må bruke mange år på ytterligere utdanning for å få erfaring med barnekirurgiske tilstander. For å sikre at norske barn skal få like god behandling som ellers i Europa, mener undertegnede, med bred støtte i det norske barnekirurgiske miljøet, at spesialiteten i barnekirurgi må beholdes (4).

Hans Skari

YLF-representant i Spesialitetskomiteen i barnekirurgi

Litteratur

1. Knutrud O. Barnekirurgien som egen spesialitet og dens plass i vårt sykehusvesen. Tidsskr Nor Lægeforen 1964; 84: 321–5.
2. Gjennomgang av spesialitetsstrukturen i kirurgi. Oslo: Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling, 2002.
3. Løvig T, Bjørnland K, Lindahl AK, Næss HP, Sand TE, Seem E et al. Utredning av spesialitetsstrukturen i kirurgiske fag. Oslo: Den norske lægeforening, 2003.
4. Johannessen LB. Barnekirurgi – en truet spesialitet. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 699.
5. Adzick NS, Nance ML. Pediatric surgery. First of two parts. N Engl J Med 2000; 342: 1651–7.