

## Kortere turnustjeneste?

Svein Steinert & Hassse Melbye presenterer i Tidsskriftet nr. 8/2005 gode begrunnelser for å redusere turnustiden for leger (1). En form for turnustjeneste er avslutningen på legers grunnutdanning i de fleste land vi sammenlikner oss med. Helt siden 1954, da turnustjenesten ble innført i Norge, har turnustiden vært en praktisk del av opplæringen til legeyrket (2). De siste årene har studiestedene i Norge lagt inn mer praktisk tjeneste i selve studiet, og på den måten får medisinstudenter ofte en enklere overgang til senere legearbeid enn de som har studert i utlandet.

Det er vist at forskjeller mellom studenter fra forskjellige studiesteder blir utvisket i løpet av turnustiden (3, 4). Turnustjenesten er derfor viktig for at arbeidsgivere, som skal ansette nye leger, vet hva legene skal ha lært av praktiske, juridiske og medisinske ferdigheter, slik de står beskrevet i forskriftene og målsettingen for turnus (5). Hvert år foretar Legeforeningens turnusråd evalueringer av turnustjenesten ved åtte sykehus og minst 16 allmennlegekontorer. Det er også satt i gang en spørreskjemaundersøkelse.

Mange unge leger er opptatt av å komme i gang med spesialisering så snart som mulig, enten i sykehus eller i allmennpraksis. Dette er positivt. Turnustjenestens lengde og innhold må stå i et logisk forhold til medisinstudiet og til spesialistutdanningen, samtidig som tjenesten må ses i relasjon til internasjonale, spesielt europeiske utviklingstrekk og lover, regler og krav til autorisasjon. Fra 1.1. 2006 vil EU ha krav til leger om tre års veiledet praksis for å kunne arbeide selvstendig for trygdens regning. Dette vil ha betydning for norske nyutdannede leger som ønsker å jobbe i allmennpraksis.

Utviklingen internasjonalt går mot en kortere vei frem til en medisinsk spesialitet. I mange land begynner spesialiseringen allerede i siste del av studiet. Ønsker vi en slik utvikling i Norge? Eller vil vi ha en legestandard hvor alle skal ha kjørt legevakt og jobbet både ved medisinsk og kirurgisk avdeling? Turnustjenesten bør i større grad inneholde spesifikke krav til praktiske ferdigheter, antall vakter og gjennomførte prosedyrer, slik Steinert & Melbye foreslår (1). Norsk turnustjeneste må utvikles fra et «prøving-og-feilingssystem» til «mester-svenn-system». Kvaliteten er først og fremst et produkt av innholdet, ikke av lengden på tjenesten.

### Olav Thorsen

leder  
Legeforeningens turnusråd

### Litteratur

- Steinert S, Melbye H. Utdanning av allmennleger – hva kan vi lære av Nederland? Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 1040–1.
- Brinckmann-Hansen Å. 50 år i år – lenge leve turnustjenesten? Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 2110–2.

- Gaarder K, Eide NA, Falck G. Turnuslegers ferdigheter i praktiske prosedyrer. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 1512–7.
- Falck G, Brattebø G et al. Selvrappertert ferdighetsnivå i praktiske prosedyrer etter turnustjeneste i distrikt. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 2265–7.
- Forskrift om praktisk tjeneste (turnustjeneste) for å få autorisasjon som lege. Oslo: Sosial og helsedirektoratet 2002. [www.lovdata.no/cgi-wift/lldes?doc=/sf/sf-20011220-1549.html](http://www.lovdata.no/cgi-wift/lldes?doc=/sf/sf-20011220-1549.html) (14.2.2005).

## Legemiddelindustrien, Legeforeningen og vi andre

Det er ikke lenger mulig å arrangere kurs som skal gi tellende timer med støtte fra noen industri som kan tenkes å «korrumperer» leger. Er dermed legenes videre- og etterutdanning nøytral og fri for påvirkning fra farmasiens side? Dette er i så fall en naiv tanke, siden bruddet mellom farmasøytisk industri og Legeforeningen faktisk kom fra industrien etter initiativ fra legemiddelfirmaet Pfizer. Bruddet syntes å være godt organisert, ikke ulikt Ylf-opprøret i 1996, ikke uventet, siden begge hadde samme regissør. Pfizer og andre store firmaer trakk seg som samarbeidspartnere for Nordisk kongress i allmennmedisin i 2002 pga. mangel på innflytelse og makt og i en form som bare kunne ha til hensikt å skade kongressen. Det samme ble gjentatt for Nidaroskongressen i 2003.

Legeforeningen har ønsket at legemiddelindustrien skal få mindre påvirkningskraft overfor legene. Sannheten er at legemiddelindustriens største firmaer aldri har hatt større makt over legers videre- og etterutdanning enn nå. Pfizer har i så henseende delvis nådd sitt mål. I stedet for å måtte dra på møter og kurs der legen må besørge alt selv, frister det mer å dra på kongresser betalt av legemiddelfirmaene jf. det nylige «gynecologopprøret». Slikt vil det fortsette helt til nytt samarbeid er etablert eller alle spesialiteter er gjort tidsbegrenset med resertifiseringskrav.

Farmasøytisk industri har vært viktig i oppbyggingen av Nidarosfondet, et fond som er generert av overskuddet fra mange års Nidaroskongresser. Fondet har bidratt sterkt innen allmennmedisinsk forskning og utvikling, totalt uten finmapåvirkning. Dette har spart myndigheter og Legeforeningen for store midler i forhold til om disse skulle hatt det økonomisk resultatmessige ansvar. Med kjennskap til tildelingen av midler fra Nidarosfondet, er det påfallende at så mange mottakere også stod på navnelisten i annonsen om «Leger mot korupsjon». Alle søkere/mottakere visste, eller burde visst, hvordan fondet var oppbygd og har gjennom selv å benytte seg av midlene, vist samme dobbeltmoral som de kritiserer. Dersom liv settes etter lære, burde Tidsskriftet også vært fritt for farmasøytisk reklame.

Hvorfor da denne forherligelsen av egen «renhet», når virkeligheten er en helt annen?

Både leger, myndigheter og den farmasøytiske industri vil tjene på at man har et godt samarbeid med klare kjøregler. Kongresser som arrangeres av ideelle organisasjoner burde delfinansieres gjennom lovlig samarbeid med farmasøytisk og ev. annen industri. Det gavner ingen om Legeforeningen fortsatt skal late som om farmasøytisk industri ikke eksisterer. Alle har noe å vinne på et visst samarbeid. Det blir opp til de store firmaene å vurdere gevinsten. De mindre firmaene vet jeg fortsatt er interessert. Taperne i dette spillet er aktører som vil prøve å lage kongresser av høy kvalitet i Norge. Det er fortsatt fritt å dra til utlandet å delta på merittgivende kongresser der industrien er til stede, så lenge man betaler turen og oppholdet selv.

Birger Koren  
Trondheim

## Kunnskapssenterets uavhengighet på legemiddelområdet

I redaktørens lederartikkel i Tidsskriftet nr. 10/2005, om stortingsmeldingen om legemiddelpolitikk, tar Charlotte Haug på nytt opp sitt syn på Kunnskapssenterets manglende uavhengighet i forhold til helsemyndighetene (1). Fordi intensjonen med etableringen av Kunnskapssenteret bygger på behovet for å etablere en institusjon med nødvendig uavhengighet, er det naturlig igjen å gi noen kommentarer.

Først det formelle. Kunnskapssenteret er, i likhet med for eksempel Folkehelseinstituttet og universitetene, et statlig forvaltningsorgan. Disse kan generelt instrueres av overordnet organ, men instruksjonsmyndigheten kan begrenses. For universitetene er det gjort i lovs form for å sikre forskningens frihet. For Kunnskapssenteret er det gjort gjennom vedtekter for å sikre faglig uavhengighet. Kunnskapssenteret har ikke, i motsetning til for eksempel Sosial- og helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet, utøvende myndighetsfunksjoner og er dermed ikke et myndighetsorgan. Kunnskapssenteret er underlagt direktoratet og ikke departementet, altså i god avstand fra det politiske nivået. Det er derfor galt å hevde at Kunnskapssenteret er «underlagt politisk styring» (1).

Stortinget har nå gitt Kunnskapssenteret ansvar for faglig uavhengig legemiddelinformasjon med bl.a. følgende oppgaver:

- Utarbeide uavhengige kunnskapsopsummeringer om effekt og bivirkninger og kostnad-nytte-vurderinger
- Utarbeide uavhengige teknologivarlinger som identifiserer aktuelle nye terapier
- Bidra til faglig informasjon om legemidler

Det er ikke riktig at Kunnskapssenteret skal «gi de faglige anbefalingene» (1). Kunnskapssenteret har ingen normativ rolle. Det er det myndighetene, helsetjenesten selv og profesjonene som har. Kunnskapssenteret skal kun, i samarbeid med fagmiljøene, fremskaffe et objektivt kunnskapsgrunnlag.

Det er reist spørsmål fra profesjonene om Kunnskapssenterets uavhengighet, men er profesjonene uavhengige? Ja, de er uavhengige av myndigheter og av helsetjenesten. Likevel har de og deres fagtidsskrift sine interesser å ivareta. Parallelt har fagmiljøene innen ulike spesialområder sine legitime særinteresser, både i egen forskning og med hensyn til å fremme eget fagfelt. I forbindelse med legemiddelmeldingen har helseministeren nylig svart Stortinget blant annet: «Kunnskapssenteret skal være uavhengig av profesjonsinteresser, noe som kan være vanskeligere å få til i universitets-, sykehus- eller fagforeningstilknyttede miljøer. Dette er ivaretatt gjennom Kunnskapssenterets organisatoriske plassering og uavhengige posisjon. Oppsummeringene fra Kunnskapssenteret er dermed uavhengige av både produsenter, myndigheter og profesjonene.» (2).

Det er riktig at faglig uavhengighet ikke slås fast ved vedtekter alene, men må erverves. Den beste mulighet for å synliggjøre uavhengighet er når det oppstår uenighet, det vil si der Kunnskapssenteret og myndigheter eller politikere konkluderer ulikt i en sak. Slike saker vil komme. Kunnskapssenteret setter pris på at senterets rolle og funksjon settes på dagsordenen. Vi håper Tidsskriftet vil være med på å bygge opp den tillit Kunnskapssenteret arbeider med å opparbeide.

#### John-Arne Røttingen

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

#### Litteratur

1. Haug C. Fare for feilmedisinering. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 1307.
2. Gabrielsen A. [www.kunnskapssenteret.no/filer/05-0503\\_Brev\\_til\\_Stortinget\\_om\\_Kunnskapssenterets\\_uavhengighet.doc](http://www.kunnskapssenteret.no/filer/05-0503_Brev_til_Stortinget_om_Kunnskapssenterets_uavhengighet.doc) (7.6.2005).

#### Redaktøren svarer:

I tre ulike lederartikler denne våren har jeg tatt opp et emne som opptar mange i helsetjenesten, nemlig utviklingen av kunnskapsgrunnlaget for medisinsk praksis (1–3). Hva er riktig medisin, hvilke helsetjenester bør vi tilby – og hvorfor? Det finnes ikke noe enkelt svar på disse spørsmålene, og det er et hovedpoeng i alle tre artiklene. Dels fordi det neppe finnes noen enkel oppskrift som kan produsere medisinske sannheter (3) og dels fordi ulike aktører har ulike interesser og preferanser og derfor vil gi informasjon ulik vekt og konkludere forskjellig.

Mitt poeng har ikke vært å karakterisere noen aktører som mer uavhengige enn

andre. Leger er selvsagt ikke «nøytrale». Det er heller ikke pasienter, pårørende, sykehusdirektører, universiteter, legemiddelindustri, politikere, myndigheter – eller Kunnskapssenteret. Det vesentlige er at alle aktører er åpne om hvilke interesser de har, hvem de representerer og at de gjør eksplisitt rede for hvilken informasjon de bygger sine konklusjoner på. En del av de metodene Kunnskapssenteret benytter, er gode nettopp fordi de er transparente og systematiske i sin tilnærming til medisinsk litteratur. Mange – ikke minst leger – har hatt stor glede og nytte av å få være med på å lage kunnskapsoppsummeringer på denne spesielle måten. Men konklusjonene blir ikke mer nøytrale eller objektive av den grunn. Kunnskapssenteret er – og bør være – en stemme blant flere, særlig når det skal treffes beslutninger i forhold til enkeltpasienter.

Min bekymring har ikke vært mangel på uavhengighet, men ubalanse når det gjelder ressurser og innflytelse. Det er *ikke* et problem at statsforvaltningen – gjennom Sosial- og helsedirektoratet og f.eks. Kunnskapssenteret – bygger opp sin egen kompetanse om helsetjenesten. Men det *kan bli* et problem dersom oppbyggingen av statlig kompetanse går på bekostning av kompetanseutviklingen for andre aktører (1). Medisinen er kompleks, og tilbudet og kvaliteten på helsetjenester angår alle. Den beste forsikring mot at medisinsk praksis og norsk helsepolitikk skal bevege seg i en uheldig retning, er at ingen krever monopol på medisinske sannheter og at flest mulig uavhengige instanser – hver for seg – får mulighet til å gjøre sitt syn gjeldende.

#### Charlotte Haug

Tidsskriftet

#### Litteratur

1. Haug C. Statlig styring av kunnskap. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 991.
2. Haug C. Fare for feilmedisinering. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 1307.
3. Haug C. Medisinske sannheter. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 1469.

#### ■ RETTELSE

Selvpåførte forgiftninger behandlet i sykehus

*Branko Kopjar, Gudrun Dieserud, Johannes Wiik*

Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 1798–800

I ovennevnte artikkel i Tidsskriftet nr. 13–14/2005 s. 1798 skal riktig tall i hovedbudskapet være: 120 per 100 000 personår.

#### ■ TILBAKETREKKING AV ARTIKKEL

##### Tilbaketrekkingsbrev

Vi trekker med dette tilbake oversiktsartikkelen *Optikusnevritt – diagnose, behandling og oppfølging* (1). Artikkelen ble utarbeidet basert på litteraturgjennomgang, diskusjoner i konsensumøte og den samlede kliniske erfaring hos forfatterne. Forfatterne erkjenner at på grunn av manglende årvåkenhet i skriveprosessen er store deler av artikkelen oversatt fra en tidligere publisert oversiktsartikkel om samme tema (2). Forfatterne beklager dette sterkt og trekker derfor artikkelen tilbake.

*Rune Midgard, Johan H. Seland, Harald Hovdal, Elisabeth Gulowson Celius, Ketil Eriksen, Ditlev Jensen, Hilde Heger, Svein Ivar Mellgren, Alexandra Wexler, Antonie Giæver Beiske, Kjell-Morten Myhr*

#### Litteratur

1. Midgard R, Seland JH, Hovdal H, Celius EG, Eriksen K, Jensen D, Heger H, Mellgren SI, Wexler A, Beiske AG, Myhr K-M. Optikusnevritt – diagnose, behandling og oppfølging. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 425–8.
2. Hickman SJ, Dalton CM, Miller DH et al. Management of acute optic neuritis. Lancet 2002; 360: 1953–62.