

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 medisinstudentene 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 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-svønn-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 (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