

Dessverre viser det seg at ikke alle har fått endret teksten. Vi tar dette opp igjen, og vil ha teksten endret ved første anledning.

Oslo

Holger Moe Tørisen
redaktør
Felleskatalogen AS

Mistanke om stort foster i siste del av svangerskapet – et vanskelig problem

Kjell Haram og medarbeidere hadde i Tidsskriftet nr. 11/2001 (1) en interessant artikkel om en viktig problemstilling i vår kliniske hverdag, nemlig vaginal fødsel kontra keisersnitt ved antatt stort foster. Artikkelen begrenser imidlertid problemstillingen til vanskelig skulderforløsning og skade på barnet i form av plexus brachialis-parese som følge av makrosomi. Dette er etter mitt skjønn altfor snevert. Forfatterne har ikke i det hele tatt omtalt hensynet til den fødende kvinnens bekkenbunn.

Store barn er assosiert med langvarige og traumatiske fødsler. Traume kan oppstå ikke bare hos barnet, men også på bekkenbunnens bindevev, muskulatur og nerver hos mor. Resultatet kan bli dramatisk for kvinnen med urininkontinens, analinkontinens og annen bekkenbunnsdysfunksjon som følge (2, 3). Fistler oppstår heldigvis svært sjelden. Skaden kan følge kvinnen hele resten av livet og kan i mange tilfeller ikke kureres fullstendig, selv med operativ behandling. Disse skadene kan i stor grad forebygges ved keisersnitt. Når vaginal fødsel velges, er god fødselshjelp og bruk av vakuumsug fremfor tang ved instrumentell forløsning også viktig for å beskytte bekkenbunnen (2–4).

Vi skylder våre fødende kvinner som har antatt stort foster en helhetlig vurdering av risiko og fordeler knyttet til forløsningsmetode. Slett ikke alle store barn skal fødes ved keisersnitt, men det er relevant å ta hensyn til den fødende kvinnen i tillegg til fosteret og derfor anbefale keisersnitt i en del tilfeller der fødselen kan antas å gi stor belastning på bekkenbunnen (2, 3).

Tønsberg

Hjalmar Schiøtz

Litteratur

1. Haram K, Bergsjø P, Pirhonen J. Mistanke om stort foster i siste del av svangerskapet – et vanskelig problem. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1369–73.
2. Handa VL, Harris TA, Ostergard DR. Protecting the pelvic floor: obstetric management to prevent incontinence and pelvic organ prolapse. Obstet Gynecol 1996; 88: 470–8.
3. Sultan AH, Stanton SL. Preserving the pelvic floor and perineum during childbirth – elective caesarean section? Br J Obstet Gynaecol 1996; 103: 731–4.
4. Johanson RB, Menon BK. Vacuum extraction versus forceps for assisted vaginal delivery (Cochrane review). The Cochrane Library 2, 2001. Oxford: Update Software, 2001.

Kasuistisk rapport om Lamotrigin

I Tidsskriftet nr. 12/2001 har Ulrik Fredrik Malt & Terje Fladvad en kasuistisk artikkel om Lamotrigin i behandlingen av psykiatriske lidelser (1). Stemningsstabiliserende medikasjon med litium eller antiepileptika er velbegrunnede terapier med dokumentert innflytelse på pasienters prognose. Det er mulig å gjennomføre slik terapi på en kostnadseffektiv måte med typiske medikamentkostnader på kr 2,50 (600 mg karbamazepin) til kr 4,00 (210 mg litium) daglig.

Lamotrigin er et nytt svært kostbart anti-epileptikum med en pris på kr 27–52 daglig (dosene oppgitt i artikkelen). I den omtalte artikkel refereres tre kasuistikker med gunstig utfall hvor det bare i ett tilfelle var forsøkt annen stemningsstabiliserende medikasjon før pasienten fikk lamotrigin.

I artikkelen refereres tre publikasjoner der legemidlet er testet mot placebo. Der refereres ingen studier der midlet er testet mot eksisterende og kostnadseffektiv medikasjon. Tabell 1 inneholder ikke litium som er et aktuelt alternativ ved de indikasjoner artikkelen omtaler. Følgelig er tabellen i artikkelen lite egnet til å tjene som utgangspunkt for terapivalg. Ifølge forfatterne godtgjøres ikke medikamentet etter punkt 18 i refusjonsreglene. Forfatterne spekulerer imidlertid i artikkelen åpenlyst over på hvilken måte punkt 7 i refusjonsreglene kan benyttes. De skriver: «Mange vil hevde at bipolare lidelser uten EEG-dysrytmi eller andre nevrologiske funn er psykiatriske manifestasjoner av hjerneorganisk funksjonsforstyrrelse og derfor burde falle inn under p 7 og ikke p 18.» For å belegge dette standpunkt refererer forfatterne til seg selv (2).

I underteksten til artikkelen fremgår det at førsteforfatteren av artikkelen har mottatt honorar av GSM, som markedsfører lamotrigin i Norge. Det tjener Tidsskriftet til ære at slike bindinger synliggjøres for leserne. Spørsmålet er imidlertid: Burde ikke redaksjonen ha spart leserne for en artikkel med slik mangelfull vitenskapelig substans og med slike usmakelige oppfordringer om å omgå refusjonsreglene?

Bergen

Eivind Meland
førsteamanuensis
Seksjon for allmennmedisin
Universitetet i Bergen

Litteratur

1. Malt UF, Fladvad T. Lamotrigin i behandling av psykiatriske lidelser. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1473–7.
2. Malt UF, Årslund D, Lund A. Biologisk psykiatri. Oslo: Universitetsforlaget, 1999.

Johannesurt og depresjon

I spalten Legemidler i praksis i nr. 13/2001 omtalte jeg bruk av johannesurt ved depresjon (1). Kort tid før bladet gikk i trykken ble

en ny undersøkelse om emnet publisert (2). Denne studien, som er støttet av Pfizer, er den største placebokontrollerte studien av johannesurt til nå. Den setter vesentlige spørsmålsteget ved effekten. Forfatterne har i kontakt med mediene ikke lagt skjul på at deres motivasjon var å avkrefte at johannesurt hadde effekt, men dette er helt legitimt. Man brukte en relevant dose av et godt dokumentert johannesurtekstrakt som også er blitt brukt i mange studier som har vist effekt. De inkluderte pasientene hadde en gjennomsnittlig skåre på Hamiltons depresjonsskala på ca. 22. I ulike studier der man har vist effekt, har dette tallet også vært rundt 20. Tiden vil vise om diskrepansen mellom denne og tidligere studier kan forklares med mangelfull design av de tidligere arbeidene, eller om vi kan ha å gjøre med publikasjonsbias.

Bergen

Erik Pomp

Litteratur

1. Pomp E. Johannesurt. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1608–9.
2. Shelton RC, Keller MB, Gelenberg A, Dunner DL, Hirschfeld R, Thase ME et al. Effectiveness of St John's wort in major depression. A randomised controlled trial. JAMA 2001; 285: 1978–86.

Svabø tar feil om legeyrket

Legeforeningens generalsekretær Harry Martin Svabø fremholder i sitt tilsvare (1) til mitt forrige innlegg i Tidsskriftet nr. 11/2001 (2) at det er vanskelig å sammenlikne epler og pærer når det gjelder å vurdere legenes lønnsnivå i forhold til andre gruppers lønn. La oss derfor heller enn å sammenlikne epler og pærer sammenlikne timelønn. I Bergens Tidende leste jeg nylig at montørene i Aker Elektro Bergen tjener kr 183 per time. Dette er mer enn en overlege i lønnstrinn 52, som har kr 176 per time. Dette sier dessverre *alt* om offentlig ansatte legers lønnsutvikling gjennom mange år. Kan Svabø vennligst fortelle Tidsskriftets lesere hvorfor man skal bli overlege eller kommunelege til kr 176 per time, når en 19 år gammel montør uten studielån tjener kr 183 per time?

Hovedproblemet er at lønnsdannelsen i offentlig sektor finner sted gjennom krone-tillegg istedenfor prosenttillegg. Når denne modellen for lønnstillegg brukes hvert eneste år i 20 år, blir offentlig ansatte akademikerens lønn til slutt helt utradert, slik vi nå ser.

I år får alle i offentlig sektor et årslønns tillegg på kr 2 100 eller cirka 0,7 %. Samtidig er inflasjonen nå 3,7 % i året. Legene får dermed en reallønnsnedgang på 3 % i år. Hva synes Svabø om dette?

Riktignok skal det være lokale lønnsforhandlinger til høsten, men der får legene erfaringsmessig ingenting.

Jeg har ingen tro på at legenes relative lønnsutvikling blir annerledes de kommende

20 år enn de foregående 20 år. Tvert imot tror jeg at leger og sykepleiere om få år vil ha omtrent den samme timelønn. Her kan jeg nevne at ved Fylkessjukehuset på Voss får nyutdannede sykepleiere nå lønnstrinn 27. Det er omtrent det samme som nyutdannede turnusleger i lønnstrinn 29.

Til tross for alle disse hadde fakta anbefaler Svabø likevel legeyrket varmt for dagens ungdommer. For at dette skal være troverdig, bør han først sannsynliggjøre at legenes lønnsdannelse i fremtiden vil finne sted på en annen måte enn ved hjelp av kronetillegg. Det har Svabø hittil ikke gjort. Hans idylliserende anbefaling av legeyrket til dagens dyktige ungdommer er derfor uten forankring i realiteter.

Den autonomi, autoritet og anseelse som legene tidligere hadde, er nå borte, og vårt relative lønnsnivå sammenliknet med andre yrkesgrupper er blitt nivellert ned. Legeyrket er derfor utvilsomt blitt mye mindre attraktivt enn det var før. Selv vil jeg derfor fortsatt fraråde legeyrket og andre akademiske yrker i offentlig sektor når dyktige ungdommer i dag skal gjøre sitt yrkesvalg.

Granvin

Gunnar Hetland

Litteratur

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

Generalsekretæren svarer:

Gunnar Hetlands utgangspunkt for diskusjonen var årslønn for en nyutdannet dataingeniør. I sitt siste innlegg trekker han frem en montør som har en timelønn på 183 kroner, dvs. mer enn regulativtimelønnen for en overlege i lønnstrinn 52.

Listen over enkeltpersoner i yrkesgrupper med lavere formell utdanning enn leger og med bedre timelønn kan sikkert gjøres atskillig lengre – dette kan gjelde heismontører, aksjemeglere, eiendomsmeglere, dot.com-ansatte, oljearbeidere, mediefolk og flere andre som har vært dratt frem i diskusjonen.

Diskusjonen blir vanskelig når premisse for en diskusjon om legers inntektsforhold blir slik Hetland inviterer til. Legers regulativlønn er bare en av flere komponenter som bør beaktes, men selv ikke regulativlønnen er dårlig. Selv med kronetillegg på regulativet holder utviklingen i legers regulativlønn godt følge med utviklingen for øvrige offentlig ansatte sett over noe tid. Ryktene om at leger ikke oppnår noe i lokale forhandlinger, er heller ikke riktig.

Ser man på tilgjengelig statistikk over samlet lønn for arbeidere, funksjonærer og ledere blir bildet mer fullstendig, og vi ser at leger står seg bra. Lønnsstatistikken for ansatte i den enkelte fylkeskommune viser også at leger ligger meget godt an.

Min anbefaling om valg av legeyrket står fortsatt ved lag, også dersom lønn legges til grunn som premisse for et godt yrkesvalg. At det finnes mange andre forhold som bør med i vurderingen, svekker ikke anbefalingens grunnlag.

Oslo

Harry Martin Svabø
Den norske lægeforening

rettelse

Hvordan øve kirurgiske team i skadebegrensende kirurgi?

Johannes Brattebø, Guttorm Brattebø, Torben Wisborg, Reidar Lønn, Johan Pilgram-Larsen, Aurora Brønstad

Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1513 5

I ovennevnte artikkel i Tidsskriftet nr. 12/2001, side 1515 i litteraturlisten skal stå:

6. Rotonda MF, Schwab CW, McGonigal MD. «Damage control»: an approach for improved survival in exsanguinating penetrating abdominal injury. *J Trauma* 1993; 35: 375–83.

7. Husum H, Gilbert M, Wisborg T. Save lives, save limbs. *Penang, Malaysia: Third World Network*, 2000: 148.