

funksjonsnivå og fravær av somatiske symptomer og legemiddelbivirkninger. Denne utviklingen skal ikke Næss lastes for, men hun kan likevel ikke lukke øynene for det fundamentale problem som derved er oppstått. Minst tre ulike strategier er tenkelige:

a) Man kan velge å se det som uproblematisk at én vitenskapelig term brukes i (minst) to helt ulike betydninger, som oftest uten at dette klargjøres. Det kan se ut til at Næss' holdning går i denne retningen, men hun begrunner ikke standpunktet. Det er for øvrig denne praksisen jeg (2) og andre (3) har kritisert, ikke forskning på livskvalitet forstått som psykisk velvære.

b) Man kan slåss for at livskvalitet skal være å forstå som psykisk velvære og at andre definisjoner skal skrinlegges. Næss' artikkel leverer i og for seg gode argumenter for en slik holdning, men hun unnlater å trekke konklusjonen eksplisitt.

c) De som prioriterer begrepsmessig stringens fremfor et moteriktig vokabular kan slutte å bruke ordet «livskvalitet», og i stedet søke termer som mer presist beskriver det man vil studere. «Psykisk velvære» er en nærliggende alternativ term for det Næss studerer, mens andre studerer gangfunksjon, selvhjulpenhet på toalettet, smerter, kvalme, hoste eller hva det måtte være. Hvis Næss er av den oppfatning at alternativ c bør forkastes, ville det være av stor interesse å få vite hennes begrunnelse.

Oslo *Torgeir Bruun Wyller*
Medisinsk klinikk
Aker sykehus

Litteratur

1. Næss S. Livskvalitet som psykisk velvære. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1940–4.
2. Wyller TB. Bruk av livskvalitetsbegrepet i medisinsk forskning – til gagn eller ugagn? Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 4247–51.
3. Hunt SM. The problem of quality of life. Qual Life Res 1997; 6: 205–12.

S. Næss svarer:

Innlegget til Torgeir Bruun Wyller er en nyttig kommentar til debatten og gir meg anledning til å avklare synspunkter som jeg forstod å avklare i artikkelen.

Wyller peker på at «majoriteten av medisinske forskere som benytter begrepet livskvalitet, de facto tillegger begrepet en ganske annen betydning enn den som hun /Næss/ går inn for». Han spør hva jeg vil gjøre med dette «fundamentale problem». Jeg er klar over at den medisinske bruken av ordet er forskjellig fra min. Jeg mener at denne bruken i medisinsk faglitteratur er lite heldig, og jeg ser det ikke som uproblematisk.

Min «strategi» i den forbindelse er å argumentere for at «livskvalitet skal være å forstå som psykisk velvære». Det gleder meg at Wyller skriver: «Næss' artikkel leverer i og for seg gode argumenter for en slik hold-

ning, men hun unnlater å trekke konklusjonen eksplisitt.» Jeg trekker herved konklusjonen eksplisitt og henviser til den rapporten som står omtalt i artikkelen, en rapport som gir en mer grundig argumentasjon (1).

Jeg kommer ikke til å slutte å bruke ordet «livskvalitet», selv om det ofte brukes ganske slumsete. I dagligtalen kan vel folk bruke ord som de vil, – det fremgår jo vanligvis av konteksten sånn omtrentlig hva de mener. I faglitteratur må man stille større krav til presisjon og under alle omstendigheter definere begrepene. Selv bruker jeg ikke betegnelsen «quality of life» når jeg skriver på engelsk i faglige sammenhenger. Jeg bruker betegnelsen «psychological well-being».

Oslo *Siri Næss*
NOVA

Litteratur

1. Næss S, i samarbeid med Mastekaasa A, Moum T, Sørensen T. Livskvalitet som psykisk velvære. NOVA-rapport 3/2001. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring, 2001.

Ukritisk om fotodynamisk behandling

Fotodynamisk behandling er under utvikling for behandling av solare keratoser og overflatiske former for basalcellekarsinom. Det norske firmaet PhotoCure har utviklet en krem, Metvix, som anvendes i slik behandling. Vi har tidligere gitt uttrykk for misnøye med den måten PhotoCure har omtalt sine produkter på (1, 2).

I en artikkel i Aftenposten 19. juni opplyses det at PhotoCure har fått markedsføringstillatelse for Metvix i Sverige, og at firmaet regner med at tillatelsen vil utvides til å gjelde hele EØS-området om kort tid. I artikkelen fortelles det at man kan behandle «visse typer aggressiv hudkreft» og at PhotoCure etter hvert regner med å «ta store deler, for ikke å si hele dette markedet» (3).

Det er grunn til å reagere på slike utsagn. Basalcellekarsinomer har en lav vekstshastighet og metastaserer i praksis aldri (4). De kan derfor ikke karakteriseres som aggressive. Maligne melanomer, derimot, kan være aggressive og medføre en høy letalitet. Tilsvarende gjelder for visse plateepitelkarsinomer. Ved disse tilstandene har fotodynamisk behandling ingen plass og vil neppe få det i fremtiden. For solare keratoser (mindre enn 1% av disse utvikler seg til plateepitelkarsinom ubehandlet) og for basalcellekarsinom er det en rekke andre gode alternative behandlingsmetoder (2, 4). Vi finner det derfor tvilsomt at PhotoCure vil kunne «ta store deler, for ikke å si hele dette markedet». Igjen ser det ut til at den aggressive eksponeringen av PhotoCure er rettet mot finansmarkedet, og at denne kommer i veien for en nøktern, vitenskapelig basert fremstilling.

Fotodynamisk behandling er et spennende behandlingsprinsipp. Vi etterlyser sammenliknende studier med andre tilgjengelige metoder. Først når slike foreligger, vil vi kunne vite mer om den rolle fotodynamisk behandling vil ha i behandlingen av de ulike former for hudkreft.

Oslo *Petter Jensen Gjersvik*
Per Helsing
Hudavdelingen
Rikshospitalet

Litteratur

1. Haraldsen C. Dyr motbør for PhotoCure. Aftenposten (morgenutgave) 20.6.2000.
2. Gjersvik PJ. Fotodynamisk behandling – lovende eller oppskrytt? Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 2243.
3. Haraldsen CH. PhotoCure får selge krem. Aftenposten (morgenutgave) 19.6.2001.
4. Goldberg LH. Basal cell carcinoma. Lancet 1996; 347: 663–7.

PhotoCure svarer:

PhotoCure er et lite selskap som forsøker noe så radikalt og uvanlig som å utvikle helt nye legemidler i Norge. I år investerer selskapet mer enn 100 millioner kroner i medisinsk forskning og utvikling. For utviklingen av Metvix PDT innen dermatologisk onkologi har PhotoCure samarbeidet med mer enn 100 universitetsklinikker i Europa, USA og Australia for å gjennomføre 20 kliniske studier med totalt 2 000 pasienter. Uten en fantastisk interesse fra disse universitetsklinikkene ville vi aldri ha kommet dit vi nå er. Metvix ble nylig godkjent for markedsføring til aktinisk keratose og basalcellekarsinom av svenske myndigheter. Myndighetenes krav til et legemiddel er at sikkerhet og effekt skal dokumenteres gjennom sammenliknende, multisenter- og kontrollerte studier. Som et børsnotert selskap er PhotoCure pliktig til å informere om en slik hendelse og sendte derfor ut en pressemelding (1). Journalist Christian H. Haraldsen i Aftenposten oppfattet dette (som oss) som en viktig hendelse for et norsk selskap og skrev en artikkel basert på pressemeldingen (2).

En av indikasjonene er basalcellekarsinom hos pasienter der konvensjonell behandling ikke ansees tilfredsstillende. Petter Jensen Gjersvik & Per Helsing reagerer på at journalisten omtaler dette som aggressiv hudkreft (et ikke er opplagt falt ut i avisartikkelen). Den medisinske presisjon blir lett skadelidende i dagspressen og vi i PhotoCure er derfor meget bevisst på sondringen mot melanomer når vi omtaler denne sykdommen. På den annen side har vi også respekt for en dyktig journalists innsats for med knappe tidsfrister å formidle sitt budskap til publikum.

At våre høye ambisjoner for vårt produkt ikke deles av legene Gjersvik & Helsing er til å leve med. Vi har forskjellige roller. Gjersvik & Helsing er også journalister i et kommersielt medium med ukjent eierskap,

Helsing sågar redaktør (3). I dette mediet omtaler de vårt produkt med feil virkestoff, feil biologisk mekanisme, og at produktet markedsføres av PhotoCure. Det siste er mest alvorlig da vi ikke har markedsførings-tillatelse i Norge og etterlever norske lover og regler. Metvix er sammenliknet med kryoterapi i behandlingen av aktinisk keratose med godt resultat (4). Før våre studier er det ikke publisert én randomisert studie av kryoterapi for aktinisk keratose. For basalcellekarsinom sammenlikner vi Metvix med kryoterapi og eksisjonskirurgi. Våre studier blir fortløpende presentert ved internasjonale kongresser og publisert i anerkjente internasjonale tidsskrifter.

Oslo

Vidar Hansson
PhotoCure ASA

Litteratur

1. PhotoCure. Markedsføringstillatelse innvilget for Metvix PDT i Sverige. Pressemelding, Hugin Online 08: 16, 18.6.2001.
2. Haraldsen CH. PhotoCure får selge krem. Aftenposten (morgenutgave) 19.6.2001.
3. Helsing P, red. Hudpedagogisk senter: www.doktoronline.no/hud
4. Svensk «Felleskatalogtekst», Metvix 160mg/g krem. Stockholm: Läkemedelsverket, 2001.

Legeforeningen vil beholde et eget telefonnummer for medisinsk nødhjelp

En kommentar jeg skrev til Stortingsmelding nr. 43 (1999–2000) Om akuttmedisinsk beredskap i Tidsskriftet nr. 16/2001 (1) har ført til en del henvendelser fra kolleger engasjert i prehospital akuttmedisin. Det er derfor grunn til å presisere at da sentralstyret behandlet denne saken på grunnlag av forarbeid utført av Legeforeningens utvalg for prehospital akuttmedisin (LUPA), var det full oppslutning om LUPAs syn: Den medisinske beredskap er best tjent med at medisinske nødmeldinger går til et nummer som har medisinske tilfeller som eneste målgruppe, slik som 113 fungerer i dag.

Oslo

Hans Petter Aarseth
president
Den norske lægeforening

Litteratur

1. Aarseth HP. Får vi en bedre akuttberedskap? Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1972.

Kvinnelige leger får ikke forlenget vikariat under fødselspermisjon

I flere år har Likestillingsombudet tatt opp saker med usaklig avslutning av arbeidsforhold for yrkesaktive kvinner i forbindelse med svangerskapspermisjon. I siste nummer av *Likestilling* (1), et informasjonsblad utgitt av Likestillingsombudet, omtales en sak

som angår en gravid lege. Hun fikk ikke forlenget ansettelse som vikar i forbindelse med fødselspermisjon. Likestillingsombudet tok imidlertid saken opp med hennes arbeidsgiver og hun fikk tilbud om forlengelse. Forlengelsen av vikariatet gjaldt inntil det kunne godtgjøres behov for opprettelse av flere faste legestillinger på hennes arbeidsplass.

Slike saker reiser spørsmål om hva Legeforeningen gjør i disse tilfeller. Som kjent har vi en høy og stadig økende andel av kvinnelige leger, og bruk av vikarer er et meget utbredt fenomen, spesielt i sykehus. Det er urimelig at gravide leger skal tape lønnsinntekt, feriepengar og pensjonspoeng samt ansiennitet under fødselspermisjon. Dette fordi man uten ansettelsesforhold kun får inntekt fra folketrygden.

Alle tidligere forsøk på å begrense bruk av vikariatstillinger for leger har strandet. Vi bør derfor erkjenne denne situasjonen. Avtale om vikariat inngås som regel mellom den enkelte legen og avdelingssjefen på den aktuelle avdeling. Det er ikke alltid slik at ansettelsen skjer i henhold til regelverket, selv om arbeidsgiver er pålagt å ansette vikarer kun på bestemte betingelser. Dette gjelder blant annet en klar skriftlig avtale om vikariatlengde, navngitt person man vikarierer for og ansettelse kun i tilfeller der det ikke er behov for fast ansatt arbeidskraft på arbeidsplassen.

Jeg foreslår derfor at man snarest mulig tar denne saken opp til vurdering i Tariff- og lønnsutvalget i vår forening. Gjennom de sentrale forhandlinger må det reises krav om at gravide leger i vikarstillinger må få forlenget ansettelse under fødselspermisjon. Jeg kan vanskelig forstå at dette kravet vil møte motstand i Norge i dag. Å overlate denne saken til den gravide kollega er uverdigg for vår forening. På grunn av sakens prinsipielle betydning ber jeg om redegjørelse fra Forhandlingsutvalget.

Trondheim

Anna Midelfart
leder av Sør-Trøndelag lægeforening

Litteratur

1. Likestilling 2: 01. Kvartalsbrev utgitt av Likestillingsombudet. Oslo: Likestillingsombudet, 2001.

Presidenten svarer:

Anna Midelfart tar opp et viktig og vanskelig problem. Det er en selvfølge at Legeforeningen må ha som mål å gi kvinnelige leger like muligheter til spesialistutdanning og samme trygghet i arbeidsforhold under graviditet som andre arbeidstakere. Vi har i flere tariffoppgjør hatt inne krav om rett til uendret lønn også når gravide i siste trimester går ut av vaktordninger. Så langt har det ikke vært mulig å få dette til, med den konsekvens at den gravide lege tvinges til sykmelding (med full lønn) i stedet for en hensiktsmessig endring av arbeidsoppgaver.

Det problemet Anna Midelfart tar opp om leger i vikariater, er vesentlig vanskeligere. For det første må vi ikke glemme at de fleste vikariater oppstår fordi legen som sitter i stillingen, har rett til permisjon. Vi må altså leve med vikariater og akseptere at et vikariat har en begrenset varighet. Å få inn bestemmelser som gir gravide leger rett til fortsatt ansettelse, vil kanskje gjøre det vanskelig for kvinner å bli ansatt i vikariater i det hele tatt.

Det vi ikke kan akseptere, er at kvinner som opplyser at de er gravide, av den grunn utelukkes fra en ansettelse, enten det er i et vikariat eller i en fast stilling. En slik praksis ville være i strid med loven, vi trenger altså ikke lovendringer eller avtaleendringer for å forhindre dette. Vi trenger en endret moralsk holdning hos dem som ansetter leger. Og så ville det selvfølgelig være til stor hjelp å få dekket kostnadene ved svangerskapspermisjon på en generell basis i virksomheten, uten å belaste den enkelte driftsenhet.

Oslo

Hans Petter Aarseth
Den norske lægeforening

Spesialistutdanningen i fødselshjelp og kvinnesykdommer

På flere av de obligatoriske kursene i spesialistutdanningen har det kommet helt hårreisende uttalelser fra enkelte foredragsholdere. Jeg siterer: «Assistentleger skal aldri stå alene med laparoskopier» (Rikshospitalet), «fødeavdelinger med mindre enn 1 000 fødsler per år er uforsvarlige» (Haukeland) «man bør følge effekten av østrogenbehandling ved å måle beintettheten» (Rikshospitalet) ... som om det ligger osteoporoseklinikk på hvert gatehjørne i dette landet.

Når jeg lar meg provosere av slike uttalelser er det fordi jeg jobber ved en fødeavdeling med 550 fødsler i året, som regel står alene med laparoskopier og har pasienter i poliklinikken som har reist ½–4 timer med sin østrogenmangel og osteoporose. Samtidig har denne «uforsvarlige» avdeling fått svært gode tilbakemeldinger fra spesialistkomiteen.

Etter min mening har disse fremste ekspertene innenfor sine områder ikledd seg store skylapper, som et resultat av subspecialisering. Bare noen få utvalgte overleger får operere TVT (tensjonsfri vaginaltape), assistentleger skal være glade om de får assistere. Nå bør overleger være med på alle laparoskopier også. Hvilket budskap bringer man videre til unge doktorer? Jo, at «disse prosedyrene er så vanskelig at du lærer det aldri».

Dessverre er det disse «subspesialistene» som styrer utviklingen innen faget mot sentralisering. Fra min utkikkspost ser virkeligheten annerledes ut. Det er de generelle