

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. Af-tenposten (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, feriepengene 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 1000 fødsler per år er uforsvarlige» (Haukeland) «man bør følge effekten av østrogenbehandling ved å måle beintettheten» (Rikshospitalet) ... som om det ligger osteoporoseklinikker 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

gynekologene som burde styre den faglige utviklingen. Disse møter hele spektret av pasienter daglig, og ser derfor den «egentlige virkeligheten» og kan ivareta kvinners behandlingstilbud på en bedre måte enn spesialistene.

La meg illustrere konsekvensene av dagens utvikling med et eksempel. Om ti år er det meste innen gynekologi og fødselshjelp sentralisert fra Hammerfest til Tromsø. Ingen gynekolog er tilknyttet sykehuset.

En gravid kvinne i uke 33 fra Karasjok begynner å blø vaginalt. Transporttiden blir så lang at barnet er dødt når hun kommer frem til Tromsø. 70–80 leveår har i løpet av få timer gått tapt. Til gjengjeld lever kanskje kvinner med kreft 3–6 md. lenger (med et cytostatikaregime og dets bivirkninger) og IVF-avdelingen har *kanskje* bedre resultater fordi kvinnene er laparoskopert av en subspesialist og ikke en generell gynekolog.

Mine spørsmål til Norsk gynekologisk forening er: Er det denne utviklingen vi vil ha innen faget vårt? Er det et slikt behandlingstilbud vi vil gi til kvinner bosatt i og omkring de mange småbyene vi har i Norge?

Hammerfest

Ingrid Petrikke Olsen
assistentlege
Gynekologisk avdeling
Hammerfest sykehus

Bedre læringsprosedyrer i Vestfold?

En modell for Lokale grupper som verktøy for kvalitetssikring i kommunehelsetjenesten, omtalt av Johnny Mjell & Per Hjortdahl i Tidsskriftet nr. 14/2001 (1), viste seg dessverre ikke helt vellykket. Vi tror mer diffuse lokale virkninger likevel kan ha vært positive nok til å være verdt innsatsen. Således vil en nivåheving av samarbeidskulturen ikke så lett huskes når den først er etablert. I tillegg deler prosjektmedarbeiderne resultater med oss slik at de kan brukes i arbeidet med «å videreutvikle praksisbaserte og gruppebaserte metoder».

Bare deler av opplegget, men nær alle konklusjonene stemmer med PLA (Participatory Learning and Action) (2). Deres konklusjoner kan derfor bekrefte, gå inn i en syntese med eller nyansere tilsvarende faktorer i PLA. Sandefjord-prosjektets erfaringer kan leses i originalen under følgende stikkord:

Gruppedelelse. En tilrettelegger må ha ferdighet i å få ulike deltakere aktive gjennom variert bruk av kommunikasjonsteknikker. Vedkommende bør kunne forberede seg selv og potensielle deltakere på at individuell avlæring blir viktig.

Gruppesammensetning. Motivasjon sikres ved at alle føler emnet som praktisk viktig for seg selv. Videre åpner det for god kommunikasjon når man har en felles virkelighetsoppfatning med hensyn til minst én

side av saken. Dette blir springbrett for tilfyllingsfullt å utveksle fakta og meninger om andre sider og deretter med andre grupper.

Helsemyndighetene. Barrierer kan møtes ved å kontakte myndigheter tidlig om prosjektideer og prøve å ta hensyn til deres eventuelle råd.

Brukerperspektivet. I Sandefjord var dette erkjent, men ikke trukket inn. I forhold til andre pedagogiske muligheter kan likevel brukerinvolvering gi mye i bygging av lokalt anvendbar fagkompetanse. Enkeltbrukere eller hele pasientgrupper og pårørende kan involveres. Det gjør fleksibelt samarbeid mellom profesjonene mer innlysende og naturlig.

Flere kommuner i Vestfold fylke tar nå PLA-metoden i bruk på flere områder. Ett av prosjektene skal munne ut i en tiltakskjede for demente i Tønsberg kommune. Der har utviklingsgrupper fra pleie- og omsorgsfeltet startet med å bruke PLA i evaluering av tidligere arbeid. Dette har fungert godt sammen med elementer fra løsningsfokusert tilnærming. Man er samtidig i gang med en forankringsprosess (institusjonalisering). Overalt blir gjensidig respekt både et premiss for og et resultat av prinsippene ovenfor.

Oslo/Tønsberg

Truls W. Gedde-Dahl
Ruth Nesje

Litteratur

1. Mjell J, Hjortdahl P. Lokale grupper som verktøy for kvalitetssikring i kommunehelsetjenesten. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1707–9.
2. Gedde-Dahl TW. PLA-metoden – noe for leger? Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 3592–4.

Føljetongen om lønn og yrkesvalg

Søkningen til legestudier i innland og utland viser at Gunnar Hetlands råd i Tidsskriftet nr. 16/2001 (1) om ikke å bli lege, ikke setter særlige spor etter seg. Hva kan årsaken være?

For det første: En «dyktig ungdom» som står foran sitt yrkesvalg, vil vel gjerne ta utgangspunkt i samlet gjennomsnittsinntekt for hvert enkelt yrke. Da fremstår legelønningene som forholdsvis gode. Hvis man så skal forklare at offentlig ansatte leger egentlig har dårlig lønn, må det gjøres på en atskillig mer nøktern måte enn ved å trekke inn turnuskandidaters grunnlønn på Voss og regninger for gravemaskinarbeid. Og uansett vil den «dyktige ungdommen» kunne svare «javel – så satser jeg på privat praksis».

For det andre: Jeg vil håpe og tro at de fleste «dyktige ungdommer» velger yrke ut ifra andre faktorer enn økonomi alene. Selvfølgelig er en god, ordnet økonomi et viktig utgangspunkt. Men når dette utgangspunktet er passert, bør vel andre forhold avgjøre,

f.eks. faglige interesser, utfordringer, selvstendighet, arbeidsmiljø og mulighet for økt erkjennelse?

Skal man debattere yrkesvalg, bør det derfor anlegges et bredere perspektiv enn det denne debatten har vært preget av. Jeg merker meg at de som så langt har hatt meninger om hva «dyktige ungdommer» bør velge, selv er erfarne leger. Det kunne være interessant å høre rasjonale bak det valg debattantene selv engang foretok, og om yrket virkelig har vært slik en monumental skuffelse at andre bør advares. Eller er problemstillingen bare et retorisk knep i kritikk av Legeforeningen?

Det kan for øvrig godt tenkes at Legeforeningen bør skjerpe lønnskampen, eventuelt korrigerer profilen i sine krav. Dersom det foreslåtte mål om 5% arbeidsledighet blant nye leger oppnås, vil mulighetene for vakttillegg og ekstraarbeid bli sterkt beskåret. En god tanke kunne derfor være i høyere grad å sette søkelyset på grunnlønn for turnuskandidater og assistentleger, og mindre på ymse tillegg.

Men noe eksistensielt spørsmål er det vel ikke.

Bergen

Sjur Lehmann
stud.med.

Litteratur

1. Hetland G. Svabø tar feil om legeyrket. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1954–5.

G. Hetland svarer:

Stud.med. Sjur Lehmann mener at det ikke er lønnen i ordinær arbeidstid, men derimot den totale årslønn som må være det relevante grunnlag for sammenlikning av lønn mellom ulike yrkesgrupper.

Selv er jeg uenig i dette. Legen, men ikke dataingeniøren arbeider om natten, på søndager og bevegelige helligdager som 17. mai, 1. påskedag, 2. juledag osv. Da er det selvsagt irrelevant å trekke inn i sammenlikningsgrunnlaget de inntekter som legen tjener på disse tidspunkter ved lønnsammenlikningen.

Konklusjonen blir derfor at den 22-årige dataingeniøren tjener kr 450 000 per år, mens den nyutdannede turnuslegen tjener halvparten av dette, dvs. kr 240 000 (lønnstrinn 29).

Den beskrevne, negative utvikling vil trolig bare fortsette i årene som kommer, etter som vår lønn bestemmes av politikere. Om 3–5 år vil nyutdannede leger og sykepleiere trolig ha omtrent den samme timelønn i ordinær arbeidstid. Overlegenes timelønn vil trolig være omtrent på snekkernes nivå. Da sier det seg selv at legeyrket ikke lenger kan anbefales for dagens dyktige ungdommer som skal foreta sitt yrkesvalg.

Lehmann har rett i at yrkesvalget må baseres også på andre kriterier enn lønnsnivået. Hva angår legeyrket, vil jeg på minus-