

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, 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 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