

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 tiltaksjede 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 rasjoalet 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 lønssammenlikningen.

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-

siden særlig trekke frem den slitasje som vaktbelastningen medfører på legens kropp og helse etter noen år. Som primærlege må man f.eks. gå primærvakt helt til man er 55–60 år gammel. Da har man gjerne gått i primærvakt i 30–35 år, hvilket er altfor lenge. Også dette er det viktig for Lehmann og andre dyktige ungdommer å ta hensyn til ved valg av yrke. Det er ikke for ingenting at legene er den eneste yrkesgruppen med en egen avdeling ved Modum Bads Nervesanatorium!

Autonomi og arbeidsforhold er andre faktorer av betydning for ens yrkesvalg. I dag taler heller ikke disse forhold for å velge legeyrket.

Min konklusjon er at dagens dyktige ungdommer må velge en utdanning som gir arbeid i privat sektor, altså i næringslivet. Siviløkonomutdanningen ved NHH eller sivilingeniørutdanningen ved NTNU er da utmerkede valg. Etter endt utdanning vil man da få gode lønns- og arbeidsvilkår og gode arbeidsforhold. Man slipper å arbeide om natten og på 17. mai osv. Man vil også hvert år få gode, prosentvise lønnstillegg. Slik er det ikke i legeyrket.

Granvin

Gunnar Hetland

Kostnadseffektiv legemiddelbruk – hva kan Statens legemiddelverk gjøre?

I et korrespondanseinnlegg i Tidsskriftet nr. 17/2001 spør Eivind Meland & Peter Wapler om hvilket ansvar legemiddelmyndighetene har for kostnadseffektiv legemiddelbruk (1).

Statens legemiddelverk skal fremme god legemiddelbruk: effekt-, bivirknings- og kostnadsmessig. Godkjenning av nye legemidler, legemiddelinformasjon, prisfastsettelse og opptak i blåreseptordningen er sentrale virkemidler.

To artikler i Tidsskriftet om hypertensjonsbehandling (2, 3) påviser at det ikke er forskjell i effekt mellom ulike antihypertensive legemidler. Legemiddelverket ønsker at rimelige og veldokumenterte tiazider skal være tilgjengelige som monoterapi og ikke bare kombinert med ACE-hemmere og AT1-blokkere. Vi synes det er uheldig at hydroklortiazid – i form av Dichlotride – for tiden ikke er på markedet i Norge. Legemiddelverket kan imidlertid ikke kreve at legemidler skal markedsføres eller forbli på markedet i Norge. Legemiddelfirmaene avgjør hvilke legemidler de vil markedsføre.

Det spørres også om mekanismene bak økende forskrivning av nye og dyrere legemidler. Vår anbefaling om behandling av hyperlipidemi fra 1995 (4) og manglende utredning av økonomiske konsekvenser trekkes frem. Den gangen var legemiddeløkonomiske betraktninger ofte ikke med i slike an-

befalinger. Senere har vi gjort det til regel at legemiddeløkonomisk ekspertise blir involvert. Av og til er imidlertid den økonomiske dokumentasjon ikke så omfattende at den bør ha innflytelse på terapivalget. Legemiddeløkonomi er et fag i utvikling som vi legger stadig større vekt på.

Økt salg av legemidler mot depresjon skyldes både pasienter, leger og legemiddelindustri. Da selektive serotoninreopptakshemmere ble lansert for knappe ti år siden, var det enighet om at depresjoner var underbehandlet. Legemiddelverket ser gjerne at det kommer alternative antidepressiver på markedet, men kan ikke kreve dette.

Alle legemidler må tilfredsstillende de samme krav til effekt, sikkerhet og kvalitet. Dispensasjoner av økonomiske hensyn gis ikke.

Legene har selv ansvar for rasjonell legemiddelforskrivning: bruk av rimeligere alternativer og generiske legemidler samt kritisk vurdering av behandlingsindikasjoner. Målbevisst holdning vil redusere utgiftsveksten. Legene bør være pådrivere overfor legemiddelfirmaene for å sikre tilgang til rimelige og gode legemidler.

Legemiddelverket ønsker å komme hurtigere på banen når nye legemidler blir markedsført. Nøktern informasjon om virkninger og bivirkninger samt kostnader gir et bedre grunnlag for legemiddelvalg. Det har vært diskutert om myndighetene bør kunne påvirke legemiddelutvalget i Norge. Dette aktualiseres når et effektivt og billig legemiddel ikke lenger er tilgjengelig. I dag har myndighetene ingen slike virkemidler.

Oslo

Gro Ramsten Wesenberg

Steinar Madsen

Statens legemiddelverk

Litteratur

1. Meland E, Wapler P. Statens legemiddelverk og ansvaret for kostnadseffektiv legemiddelbruk. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 2094.
2. Landmark K. Er de nye antihypertensive medikamentene bedre og mer effektive enn diuretika? Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 701–5.
3. Kjeldsen S, Syvertsen JO, Lund-Johansen P, Hildebrandt P, Hansson L. Sammenlikning forebyggende effekt av «nye» og «gamle» blodtrykksmedisiner. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1374–6.
4. Madsen S, red. Terapianbefalinger: Behandling av hyperlipidemi. Nytt fra Statens legemiddelkontroll 1995; 14, nr. 8: 2–23.

E. Meland & P. Wapler svarer:

Vi takker Gro Ramsten Wesenberg & Steinar Madsen i Statens legemiddelverk for svaret på vårt innlegg. Av svaret fremgår det at legemiddelmyndighetene mangler virkemidler – de kan verken hindre at veldokumenterte og kostnadseffektive legemidler fjernes fra markedet eller pålegge industrien å introdusere slike legemidler hvis de ikke er tilgjengelige i Norge. På grunn av et mangelfullt regelverk er helsemyndighetene

handlingslammet når MSD velger å utvikle markedsføringen av hydroklortiazid (Dichlotride). Det er sterkt å beklage. Saken har fått omtale blant annet i Aftenposten 19.7.2000 (www.aftenposten.no/nyheter/iriks/d222999.htm), og så vel Hans Petter Aarseth i Legeforeningen som Lars Erik Flatø i Helse- og sosialdepartementet etterlyser maktmidler som garanterer norske pasienter mulighet til behandling med veldokumenterte legemidler.

Vi vil anbefale Statens legemiddelverk å klargjøre overfor MSD hvorfor legemiddelmyndighetene ikke aksepterer den markedsføringsatferd firmaet her demonstrerer. Firmaet hevder at leverandøren har problemer med å skaffe midlet til veie, men innrømmer samtidig at de ikke anstrenger seg for å få re-etablert det på det norske marked. Vi vil også anbefale Statens legemiddelverk å innlede dialog med departement og politiske myndigheter med sikte på endringer i lov og regelverk som kan sette myndighetene i stand til å stille betingelser for firmaer som ønsker å være aktører på det norske marked. Slike betingelser må omfatte adgang fra myndighetenes side til å få opprettholdt eller nyetablert legemiddelbehandling som er veldokumentert og kostnadseffektiv. Vi vil også anbefale Den norske lægeforening å engasjere seg overfor politiske myndigheter for å få dette til.

Bergen/Haugesund

Eivind Meland

Peter Wapler

rettelse

Promotor – fra doktorgrad til TATA-boks

Erlend Hem, Raida Ødegaard

Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1843

I ovennevnte innlegg i Tidsskriftet nr. 15/2001, skal siste del av referanse nr. 11 lyde: Oslo: Gyldendal Akademisk, 1998: 28–9.

Video – bekkenbunnstrening

Trygve Talseth

Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1944

Undertittelen på videofilmen *Stopp lekksjen* av Kjersti Hatlebrekke omtalt i Tidsskriftet nr. 16/2001 skal være: Et profesjonelt treningsprogram for kvinner med svekket bekkenbunn og anstrengelseslekkasje.