

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 tilfyllende 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

Søkingen 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-