

## M. Gilbert svarer:

Det er trist å registrere at Israels egne venner i Norge er «mer katolske enn paven» i sitt frenetiske forsvar av alt de israelske okkupasjonsstyrkene foretar seg. Jeg vil oppfordre Tidsskriftets lesere til selv å oppsøke informasjon om de omfattende menneskerettighetsbrudd som den israelske okkupasjonspolitikken daglig medfører. Nyttige kilder finnes på «begge sider» av den nye, opprørende «Berlinmuren» den israelske regjeringen nå bygger. Den israelske menneskerettighetsorganisasjonen Physicians for Human Rights er svært aktiv og har en god og informativ hjemmeside (1). I sine petisjoner til israelsk høyesterett har de dokumentert hvordan de israelske okkupasjonsstyrkene konsekvent bryter gjeldende internasjonal lov. De har nylig fått medhold fra høyesterett i sitt krav om beskyttelse av palestinske ambulanser (2).

Palestinske Røde Halvmåne (PRCS) publiserer også daglige nyheter om helsemessige konsekvenser av den israelske okkupasjonen og spesielt grundig dokumentasjon om angrepene på de palestinske prehospitalt systemene og sivilbefolkningen (3). PRCS har nettopp lagt frem en grundig og lærerik rapport om virkningene av de israelske militæroperasjonene og portforbudene i perioden mars-mai 2002 (4).

I tillegg til de systematiske angrep på ambulanser og helsepersonell er hundretusener av palestinere på ny underlagt omfattende portforbud, ambulanser angripes og de israelske okkupasjonsstyrkene har i skrivende stund reokkupert minst sju større palestinske byer. Mer enn 600 000 mennesker er underlagt okkupasjonsmaktens portforbud. Den israelske Physicians for Human Rights skrev 24.6. 2002: De siste fire dagene har brakt nye angrep på ambulanser og helsepersonell og forsinkelser i medisinsk behandling. Mens muligheten til å få tilgang til helsetjenester i de store byene på Vestbredden er dårlig, er tilsvarende mulighet i landsbyene, der de fleste palestinere bor, elendig (2).

Når Saunes & Saunes «...undrast over kvifor ICRC, etter sjølvsyn den 27. mars, først fordømer misbruk av palestinske ambulanser, for så den 12. april å nekte for at dette har hendt», skyldes dette at det ikke finnes uavhengige rapporter som bekrefter de israelske påstandene. PRCS har offisielt tilbakevist de israelske påstandene som arrangert propaganda (5). Et par detaljer som avdekker presisjonsnivået til Saunes & Saunes: PLO har ingen kontroll med palestinske ambulanser. Lederen av PRCS heter Younis al-Khatib, ikke Fathi Arafat. Hvem som er notoriske løgnere, tror jeg Tidsskriftets lesere selv skal få avgjøre.

Tromsø

Mads Gilbert

### Litteratur

1. www.phr.org.il/phr/Pages/PhrHomepage.asp.
2. Physicians for Human Rights. Targeting medical care: Israel's recent incursion into the

West Bank renews attacks on ambulances. www.phr.org.il/phr/Pages/PhrArticle\_Unit.asp?Cat=11&art=413&Pcat=6 (1.7.2002).

3. www.palestinercs.org/

4. Palestine Red Crescent Society. Impact of the Israeli military invasion & curfew on the Palestine Red Crescent Society's emergency response and relief operations in the West Bank during March 29 – May 10, 2002. palestinercs.org/Downloads/Impact%20of%20the%20Israeli%20Invasion%20June%202002.pdf (1.7.2002).

5. Palestine Red Crescent Society. March 27 press release. www.palestinercs.org/Mar%2027%20Incident.htm (1.7.2002).

## Illegale aborter i Ecuador

I Tidsskriftet nr. 13/2002 er det flere interessante og tankevekkende artikler om helsestellet i Ecuador. En av reportasjene er bygd på et intervju med en fødselslege og direktør for det største sykehuset i landet og omhandler illegale aborter (1). Det vises til de mange komplikasjonene som følger av disse, mange alvorlige og noen dødelige. Samtidig kritiseres den katolske kirke for blant annet å motsette seg legalisering av abort.

Undertegnede arbeider for tiden ved et sykehus i et distrikt i Etiopia. Også i dette landet er abort ulovlig, og følgelig sees og behandles rett som det er komplikasjoner av illegale aborter i sykehuset. I motsetning til fødselslegen i Ecuador opplever undertegnede det likevel som en lettelse å slippe å være pålagt å utføre provoserte aborter. Her vil en lege også risikere straff om vedkommende foretok slike inngrep, i motsetning til hjemlige forhold, hvor leger på mange nivåer i praksis presses til å delta administrativt eller direkte.

Det er fristende å skyldes på dem som forbyr abort når vi ser problemene som følger i kjølvannet av illegale aborter. Likevel er lovgivningen i land som Ecuador og Etiopia helt på linje med det som har vært anerkjent legeetikk i generasjoner på dette området. Da Norge fikk sin nåværende abortlov, valgte man å se fullstendig bort fra gjeldende legeetikk, og leger aksepterte samtidig stilltende at sosiale og politiske strømninger fikk forkjørsrett på legeetikken område.

Enkelte fattige land gir fremdeles mennesket en lovfestet rett til å leve helt fra livets begynnelse, og både medisinsk etikk og medisinsk vitenskap kan understøtte en slik lovgivning. Selv om vestlige land med noen unntak har gått bort fra en slik tankegang, bør vi respektere at nasjoner som Etiopia og Ecuador, til tross for de enorme problemene disse landene står overfor, velger å la prinsippet om livets ukrenkelighet være grunnlaget som abortlovgivningen bygger på.

Etiopia

Ragnvald Bjørgeas Petersen

Jinka Zonal Hospital

### Litteratur

1. Husom N. Illegal abort – vanligste årsak til misdannelser i Ecuador. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1318.

## Behandling av vaginal agenesi – uten blod og tårer

Mangelfull utvikling av vagina og uterus (Mayer-Rokitansky-Kuster-Hausers syndrom) er en sjelden tilstand som rammer ca. én av 5 000 nyfødte jenter. Åse Sivertsen og medarbeidere publiserte i Tidsskriftet nr. 23/2001 et pasientmateriale fra Haukeland Sykehus med 14 kvinner som hadde fått dannet en vagina med innlegging av et hudtransplantat (1). Metoden beskrives som ressurskrevende og er forbundet med langt sengeleie, gjentatte skiftinger i narkose og stor risiko for reoperasjon. Prosessen var smertefull, og halvparten av pasientene ønsket «å glemme det hele».

I artikkelen fra Haukeland Sykehus omtales også ikke-operative metoder (1), men forfatterne stilte seg tvilende til bruk av dilatasjonsbehandlingen som har vært anvendt ved St. Olavs Hospital (2). Vår erfaring omfatter sju 16–18 år gamle jenter, inkludert en jente med testikulær feminisering. Seks pasienter er ferdigbehandlet, og to er i startfasen av behandlingen. Pasientene var henviset for primær amenoré og viste seg å mangle vagina totalt eller bare ha en vaginal grop av et par centimeters dybde. I løpet av et års tid dannet det seg ved regelmessig samleie en vagina på 8–10 cm med naturlig introitus og fuktige slimhinner. Ingen av jentene har ønsket operasjon.

Ikke-operativ behandling med dilatasjon ved hjelp av glassstaver ble beskrevet av Frank i 1938 (3). Dilatasjon ved coitus alene, der trykket av penis gradvis skaper vagina, ble beskrevet i 1972 (4). I løpet av få måneder kan det ved regelmessig coitus dannes en vagina med tilstrekkelig dybde. Metoden utnytter hudens naturlige evne til tøyning og nydanning av blodkar som er nødvendig for lubrikasjon. Man unngår arr i vagina og arr på donorstedet for transplantatet. Det er ikke risiko for skrumpning, slik som kan sees i en transplantert vagina etter en periode uten seksuell aktivitet. Pasienten slipper selv å foreta daglige dilatasjoner, og hun kan debutere seksuelt når hun selv ønsker det. Det øker selvtilliten og kjønnsidentiteten hos disse jentene, som er hardt belastet med viten om at de aldri vil få menstruasjon, og at de er varig infertile. Tilhengere av metoden uttaler at kirurgisk behandling av vaginal agenesi bør tilhøre den medisinske historien (5).

Haukeland Sykehus har utvilsomt fått erfaring med operasjoner og har et godt innarbeidet tverrfaglig team, som ønsker å bli et kompetansesenter. I Trondheim tilbyr vi å være kompetansesenter for ikke-operativ behandling av vaginal agenesi, en metode vi mener bør være førstevalgsbehandling. Etter at vi startet slik behandling, har det ikke vært nødvendig å operere noen pasienter.

Trondheim

Mette Haase Moen

Kvinneklubben  
St. Olavs Hospital

## Litteratur

1. Sivertsen Å, Gravem PE, Johansen SL, Magnussen IJ, Søvik O. Kirurgisk behandling ved vaginal agenesi. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 2703–5.
2. Moen MH. Creation of a vagina by repeated coital dilatation in four teenagers with vaginal agenesis. Acta Obstet Gynecol Scand 2000; 79: 149–50.
3. Frank RT. The formation of an artificial vagina without operation. Am J Obstet Gynecol 1938; 35: 1053–5.
4. D'Alborton A, Santi F. Formation of a neovagina by coitus. Obstet Gynecol 1972, 40: 763–4.
5. Warbrek AJ, Millard PR, Wilson WB jr., Pioan RJ. Creation of a neovagina by the Frank nonoperative method. Obstet Gynecol 1971; 37: 408–13.

## Operativ rekonstruksjon av jomfruhinner

Rådet for legeetikk i Den norske lægeforening har behandlet spørsmålet om operativ rekonstruksjon av jomfruhinner hos innvandrerkvinner, og Rådets vurdering er nylig publisert i Tidsskriftet (1). Rådet uttrykker ikke bare generell skepsis, men synes det er særlig betenkelig med jomfruhinneplastikk fordi inngrepet foretas for å løse et kulturelt problem.

Kulturelle problemer kan selvsagt ikke løses på operasjonsbordet, og Rådet for legeetikk har misforstått når de tror at dette er den etiske problemstillingen. Problemstillingen er at enkelte unge innvandrerkvinner har mistet sin jomfrudom, frivillig eller ufriwillig, før inngåelse av ekteskap. I noen innvandrer kulturer er det et absolutt krav at kvinnen har jomfruhinnen intakt når hun skal gifte seg. Hvis ikke, kan hun bli utstøtt av familien, bli mishandlet og noen ganger drept.

Det er disse kvinnene som oppsøker lege for å få rekonstruert jomfruhinnen operativt før giftemålet. De er ikke bare ulykkelige og engstelige, de er livredde. Noen ganger kommer de under falsk identitet. Det gjelder ikke bare «sjeldne tilfeller», som Rådet for legeetikk uttrykker det, det gjelder *absolutt alle*.

Operativ rekonstruksjon av jomfruhinner er et relativt enkelt inngrep. Inngrepet kan i de fleste tilfeller løse problemet for den enkelte av disse ulykkelige kvinnene og noen ganger redde liv, men det vil selvsagt aldri løse et kulturelt problem.

Rådet for legeetikk sammenlikner jomfruhinneplastikk med andre «forskjønningsinngrep». For oss er sammenlikningen helt uforståelig. Rådet påpeker videre at kvinner som ikke har debutert seksuelt, kan mangle jomfruhinner. Dette er helt irrelevant og en avsporing av debatten. Det er direkte flaut at Rådet for legeetikk må bruke denne type argumenter i en debatt som noen ganger dreier seg om liv eller død.

Vi vil gjerne at Rådet for legeetikk besvarer følgende spørsmål:

– Har noen av Rådets medlemmer hatt pasienter med aktuelle problemstillinger i sin kliniske praksis?

– Har Rådet vurdert hvor mange innvandrerkvinner det er rimelig å «ofre» for kulturen blir endret, kanskje om noen hundre år?

– Å avvise disse kvinnene kan for den enkelte lege være en stor etisk belastning. Har Rådet vurdert dette?

– Konsulterte Rådet kolleger med erfaring og kunnskap før vedtaket ble fattet?

– Rådet for legeetikk i Den norske lægeforening nyter stor respekt både blant kolleger og i samfunnet generelt. Vedtaket i aktuelle sak kan derfor få store og alvorlige konsekvenser. Har Rådet vurdert de negative konsekvenser?

– Bør saken behandles på nytt?

Rådet for legeetikk i Den norske lægeforening er opprettet for å klargjøre etiske problemstillinger. I dette tilfellet har Rådet for legeetikk skapt et etisk problem.

Oslo

*Knut Dalaker  
Christian Loennecken*

## Litteratur

1. Førde R. Operativ rekonstruksjon av jomfruhinne. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1709.

## Legepensjonistenes organisasjonsbehov

Jeg har i en tidligere artikkel invitert til prinsipiell debatt med henblikk på styrking av det organisatoriske tilbud til legepensjonistene (1). Lederen for Eldre lægers forening (Elf) mener at det er freidig av meg å ta opp forslag om større engasjement for pensjonistene innen foreningen. Waaler mener også at dette kan ødelegge en velfungerende spesialforening (2).

Sist oppdaterte legestatistikk viser at Eldre lægers forening har 14 yrkesaktive medlemmer av sine totalt 463. Med 97% pensjonister fortøner avvisningen seg merkelig! Forslaget burde ha medført mer reflektert debatt internt og ikke omgående avvisning. Jeg skrev nemlig til styret samtidig med publikasjonen og fikk i løpet av et par dager melding om det negative styrevedtaket, som derfor må ha blitt behandlet som hastesak.

Mine forslag tok sikte på å få vurdert om små tilpasninger i formålsparagraf sammen med demokratisk representasjon fra alle fylker kunne legitimere Eldre lægers forening som interesseforening og høringsorgan for pensjonistene. Jeg mener at en viss nedtoning av faglig vedlikehold og erkjennelse av at medlemsmassen er pensjonister, ville gi store muligheter for å øke oppslutningen. Hvis også årsmøtet slutter seg til styrets avvisning, bør man vurdere opprettelse av en egen spesialforening for pensjonistene, for eksempel med navnet «Pensjonerte legers

forening». Jeg har oversendt forslag om dette til organisasjonsutvalget, under henvisning til at Eldre lægers forening mener at pensjonistenes behov må dekkes av andre.

Ålesund

*Odd Johan Frisvold*

## Litteratur

1. Frisvold OJ. Hva med legepensjonistene? Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1036.
2. Waaler BA. Eldre leger – og pensjonerte leger. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1589.

## Er lokale forhandlinger høsten 2002 for deltidstillinger reelle?

Legeforeningen har sendt ut resultatet av forhandlingene mellom Akademikerne Kommune (leder Hans Petter Aarseth) og Kommunenes Sentralforbund. At lønnsfastsettelsen for medlemmene heretter skal skje utelukkende lokalt i forhandlinger mellom partene, betegnes som et «Historisk oppgjør» som «gir offentlige virksomheter lokalt bedre virkemidler for å rekruttere og beholde høyt utdannet nøkkelpersonell til nødvendige stillinger og funksjoner».

Dette kan være riktig for leger i hovedstillinger som tar en stilling *frivillig* hvis betingelsene er gode nok – eller truer med å si opp hvis de ikke er det. Dette er *reelle* forhandlinger. For de 3 500 fastlegene som sitter i en *deltidsstilling*, forholder det seg for en stor del annerledes – de har kanskje ikke så meget å feire. Gjennom driftsavtalen kan fastleger pålegges inntil åtte timers arbeid per uke for kommunen «dersom ikke stillingen lar seg besette i åpen utlysning». Dette vil i praksis for de fleste si at de blir pålagt arbeidet. Med dagens lønnssetninger gir dette (med unntak for Oslo der avlønningen er meget bedre) et regelrett tap i forhold til inntjeningen på eget kontor og dette uten at man har noe godt forhandlingskort. For mange er disse stillingene ikke ønsket. Å si opp, slik svært mange helst ville gjort med dagens betingelser, er ikke mulig; her er lite å forhandle om. Det kan altså ikke være tale om reelle forhandlinger.

Det heter at «...det skal taes hensyn til lønnsutviklingen i tariffområdet, kommunen/fylkeskommunen/bedriftens totale situasjon, herunder økonomi og krav til effektivitet». At det offentlige i henhold til intensjonsavtaler i hvert enkelt tilfelle «må gi en lønnsvekst som er i takt med den øvrige lønnsutvikling» er et altfor tøyelig begrep til å kunne brukes til noe. Når kommunen har dårlig økonomi og ellers går til oppsigelser og nedskjæringer, slik vi ser tallrike eksempler på for tiden, er det vanskelig å være lokal lege og sette frem krav med tyngde.

De fleste er enig om at de kommunale medisinske oppgaver bør ivaretas av stedets allmennpraktikere. Men det bør være tilnær-