

Litteratur

1. Sivertsen Å, Gravem PE, Johansen SL, Magnussen IJ, Søvik O. Kirurgisk behandling ved vaginal agenese. 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., Paoan 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 ufri-villig, 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 «forskjønnings-inngrep». 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 *deltidstilling*, 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 lønnssetser 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-

met frivillighet som styrer dette og ikke en sentralt «pålagt idealisme». Avlønningen bør være slik at det ikke oppstår en for stor forskjell mellom de som tilpliktes og de som «går fri». Spørsmålet er om ikke deltidsavlønningen for 3 500 deltidsarbeidende leger burde vært forhandlet sentralt. Det er forbausende at Legeforeningens utsendelse ikke omtaler det spesielle forholdet for alle disse stillingene overhodet.

Tønsberg

Lars E. Gleditsch
hovedtillitsvalgt

Forhandlingssjefen svarer:

Innlegget fra Lars E. Gleditsch viser utvilsomt at foreningen står overfor store utfordringer på flere plan når en større andel av lønnen skal forhandles lokalt. Gleditsch spør om ikke avlønningen for allmennleger med privat praksis og tilpliktet kommunal deltidsstilling fortsatt bør forhandles sentralt.

Viljen til å gi gode lønnsvilkår for tilpliktete deltidsstillinger har erfaringsmessig ikke vært stor hos våre kommunale motparter. Med unntak for kommuner med ellers høy gjennomtrekk av allmennleger er disse deltidsstillingene stort sett blitt plassert ned mot minstelønsplasseringen.

Frem til 31.5. 2002 har derfor denne gruppens lønn i realiteten faktisk blitt fastsatt gjennom sentrale forhandlinger. Det har, som Gleditschs redegjørelse også viser, på ingen måte gitt en tilfredsstillende lønnsutvikling for så vidt gjelder lønn for deltidsstilling. Når Legeforeningen støtter et prinsipp hvor en større del av lønnsdanningen skjer lokalt, er det med tro på at dette som helhet gagnar våre medlemmer. Det er i den sammenheng et spørsmål om Legeforeningen skulle være avskåret fra å fremforhandle nye ordninger som vi mener vil medføre en totalt sett bedret lønnsutvikling for de fleste av våre medlemmer, fordi én gruppe (som for øvrig har den altoversveiende del av sin inntekt fra annet hold; privat praksis), kanskje ikke får like god uttelling.

Legeforeningen har trukket den konklusjon at tilstrekkelig godtgjøring for deltidsstilling for en privatpraktiserende allmennlege neppe vil kunne skje via det ordinære lønssystemet, all den tid det uansett er tale om tilpliktete stillinger. Erfaringene så langt viser, som nevnt, at det heller ikke har gitt tilfredsstillende resultater å satse på sentrale reguleringer innen det ordinære lønssystemet. I stedet ønsker Legeforeningen en omlegging til den ordning som er etablert for allmennlegene i Oslo, nemlig et timebasert honorar som selvstendig næringsdrivende for de pålagte allmennmedisinske oppgavene. I den nye rammeavtalen for fastlegeordningen er det åpnet for at de lokale parter i stedet for lønn kan avtale en slik honorarbasert godtgjøring for næringsdrivende. Vi håper selvsagt at dette vil bli

benyttet i størst mulig grad, men det er for tidlig å si i hvilken grad legene og kommunen vil inngå slike avtaler.

Om Gleditsch ikke føler han har noen grunn til feire omleggingen av lønssystemet i kommunal sektor, får vi håpe at han i stedet kan være glad for et forholdsvis solid normaltariffoppgjør med 6,4% påslag på basistilskudd og takster. Fortsatt vil det være her privatpraktiserende allmennleger henter størsteparten av sin inntekt.

Oslo

Øyvind Sæbø
Forhandlingsavdelingen
Den norske lægeforening

Hva trenger vi Helsetilsynet til?

Måsøy kommune – en liten fiskerikommune i Finnmark med 1 500 innbyggere – har i hele 2001 drevet kommunal ambulansetjeneste for egen regning fordi den fylkeskommunale ambulansetjenesten var «en fare for liv og helse». Retten har slått fast at Måsøy kommune var i en nødsituasjon, ettersom fylkeskommunen åpenbart ikke var villig til å rette på forholdene slik at tjenesten ble forsvarlig.

Helsetilsynet gav gjennom hele året pålegg om utbedring med varierende tidsfrister uten at det var mulig å bringe ambulansetjenesten i Måsøy opp på et forsvarlig nivå.

Saken er egnet for mange slags refleksjoner, ikke minst fordi det, så vidt jeg vet, er første gang at en kommune nekter å godta kvaliteten på den tjenesten et høyere forvaltningsnivå leverer.

Hva skal til for å stenge en uforsvarlig helsetjeneste? Hvorfor ble ikke den uforsvarlige ambulansetjenesten stengt etter hvert som det ble klart at Finnmark fylkeskommune ikke hadde til hensikt å utbedre den? Særlig siden det jo faktisk var etablert en forsvarlig tjeneste lokalt? I domspremisene heter det: «At Statens helsetilsyn valgte å ikke stenge virksomheten til Arctic Ambulans i Måsøy, må ha sammenheng med at kommunen hadde etablert en forsvarlig ambulansetjeneste som alternativ til den fylkeskommunale.» Medfører denne antakelsen riktighet, er det det mest fantastiske sirkelargument. Hva skal den som er utsatt for en uforsvarlig tjeneste ta seg til? Avfinne seg med situasjonen? Hvor lenge? Er ett år lenge nok? Man kan lett få inntrykk av at tilsynsmyndigheten ikke har hatt sitt fokus på å befolkningen i Måsøy kommune skulle få et bedre tilbud, men på at Finnmark fylkeskommune forbedret sine internkontrollsystemer.

Tilsynsmyndigheten har de siste årene brukt mye tid på å utvikle systemrevisjoner som tilsynsmetodikk. Det er vel og bra, men er det rettsvesenet som skal se til at brukerne ikke lider overlast mens Helsetilsynet forsøker å få de ansvarlige til å forbedre tjenes-

ten ved «tilsnakk»? Ønsker Statens helsetilsyn å opptre som et hvilket som helst privat konsulentfirma med kvalitetsforbedring i helsetjenesten som speciale, eller ønsker man å bedrive myndighetsutøvelse også?

Hvis det nå er blitt slik her i landet at ressurssvake utkantkommuner og enkeltmennsker er nødt til å gå rettens vei for å få en forsvarlig helsetjeneste, hva skal vi da med Helsetilsynet? Synes helsedirektøren det er tilfredsstillende at en uforsvarlig akuttjeneste får fortsette i ett år? Hvilken myndighet ønsker helsedirektøren seg som han ikke alt har? Synes han det er akseptabelt utelukkende å fungere som kvalitetsrådgiver for de ansvarlige?

Saken handler også om den belastning i form av merarbeid og mistenkeliggjøring den utsettes for som slår alarm (1). Kommunelegen i Måsøy, Britt Iren Skeide, hadde faglig integritet og styrke nok til å påta seg en så utaknemlig oppgave. Legeforeningen og Helsetilsynet burde være interessert i slike helsearbeidere som i hverdagen sikrer helsetjenestens fortsatte kvalitet. Ingen «tilsynssystemer» kan erstatte det personlige ansvar den enkelte har for å slå alarm om utilfredsstillende og farlige forhold i helsetjenesten. Derfor burde det være en høy prioritert oppgave både for Legeforeningen og Helsetilsynet å finne frem til ordninger som gjør det mindre belastende å melde fra.

For å imøtegå påstander om inhabilitet, iler jeg straks til med å innrømme at jeg er potensiell klient for ambulansetjenesten i Måsøy og derfor har sterke interesser i saken.

Bagdad, Irak

Berit Olsen
Den internasjonale Røde Kors-komiteen

Litteratur

1. Wisborg T, Skeide BI. Leger i kryssild. Dagens Medisin 20.6.2002: 31.

L.E. Hanssen & P. Schou svarer:

Inntil helseforetakene tok over ansvaret ved nyttår, var det fylkeskommunens ansvar å sørge for at ambulansetjenesten i Finnmark holdt den nødvendige kvalitet. Fylkeskommunen vedtok en god plan for ambulansetjenesten, men fravek denne.

Ambulansetjenesten var uforsvarlig i flere Finnmarks-kommuner, men i de fleste kommunene ble forholdene etter hvert forbedret både når det gjaldt kompetanseoppbygging, ledsagertjeneste og internkontroll. Vår erfaring er at pålegg om å utbedre en uforsvarlig helsetjeneste er et sterkt virkemiddel. Bare unntaksvis er det nødvendig å bruke dette. I de fleste tilfeller retter virksomhetene opp forholdene etter å ha mottatt et varsel om pålegg.

Situasjonen i Måsøy kommune var på mange måter helt spesiell. Det er svært uvanlig at et offentlig organ som en fylkes-