

## 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'Alberton 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 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 *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-