

transcendental meditasjon var 2–5 ganger større enn for andre intervensjonsformer, inkludert mer enn to ganger større enn effektstørrelsen for nikotinerstatning (15 studier) og klonidin (fem studier) (3). Metaanalysen som baserte seg på 12 meditasjonsstudier av ulike design, omfattet pga. alder ikke studier utført på bupropion. For å øke den statistiske styrken av en metaanalyse kan man inkludere studier av ulike design så lenge middeffektstørrelsene av disse er mindre enn middeffektstørrelsen av de randomiserte studiene. Et sammenhengende metaanalyse er tilgjengelig på Internett (3).

Transcendental meditasjon er en enkel, nøytral teknikk til stressreduksjon og personlighetsutvikling. Den utøves 20 minutter morgen og kveld, og en rekke randomiserte studier innen ulike områder har vist effekt av utøvelsen av denne teknikken (4). Metaanalyser har blant annet vist positiv effekt på mental helse (5). Den profileres som en teknikk til generell fremme av helse og helseatferd og ikke spesielt som en teknikk til røykeavvenning. Flere av studiene som ble inkludert i metaanalysen, er derfor ikke primært røykeavvenningsstudier og baserer seg på populasjoner som ikke i utgangspunktet behøvde å være motivert for røykeavvenning.

Lars Bjørn Rasmussen

Maharishi Ayurveda Helsecenter
Mesnali

Litteratur

1. Tonstad S. Legemidler for røykeavvenning. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 178–80.
2. Alexander CN, Robinson P, Rainforth M. Treating and preventing alcohol, nicotine, and drug abuse through transcendental meditation: a review and statistical meta-analysis. Alcohol Treatment Q 1994; 11: 13–87.
3. www.ayurveda.no/forskning/metaanalyser.asp (1.8.2005).
4. Rasmussen LB. Medisinske effekter av transcendental meditasjon. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 220.
5. Rasmussen LB. Transcendental meditasjon og mental helse. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 108.

Metadon

Det er foreslått å gjøre det enklere å forskrive det narkotiske stoffet metadon. Hvis forslaget vedtas, vil det bli enda vanskeligere for leger å motstå det presset de stadig utsettes for fra narkomane som vil ha metadon. Det er ikke utenkelig at f.eks. skoleelever som ikke består en viktig eksamen, i stedet satser på en «metadonkarriere».

Det er ingen prinsipiell forskjell på alkoholisme og narkomani. Man behandler ikke alkoholikere ved å gi dem alkohol. Det er da heller ingen grunn til å behandle narkomane ved å gi dem narkotika (metadon). En slik politikk fører bare til nyrekruttering av narkomane. Det gir en svært dårlig signaleffekt at staten fremstår som landets største narkolanger. Metadon er ingen løsning,

verken på individets eller på samfunnets problemer.

Det tok 70 år før man forstod at det var et helsemessig mistak å tilsette bly til bensinen. Kommer det til å ta like lang tid før man forstår at dagens metadonpolitikk er feilslått?

Ivar Wessel
Oslo

Avsporinger om distriktsmedisin

Vi er glad for at boken *Mellom nostalgi og avantgarde. Distriktsmedisin i moderne tid* (1), som vi var redaktører for, inspirerer til debatt. Vi oppfatter imidlertid kommentarene fra Steinar Hunskaar i Tidsskriftet nr. 13–14/2005 som avsporende (2), dels fordi han mistolker bokens budskap og dels fordi han ikke anerkjenner bokens grunnideer. Mye av bokens originalitet ligger i et flerfaglig perspektiv, og et samarbeid mellom praksis og akademi, mellom kunst og vitenskap og mellom medisin, sosiologi, historie, pedagogikk og filosofi. De ulike forfatterne har ulike syn, og vi har ikke tilstrebet ensretting eller klare svar, men å åpne opp for refleksjon. En bokomtale bør ta høyde for slike grunnforutsetninger.

Flere av Hunskaars synspunkter blir også stående som påstander uten argumenter og begrunnelser. Dette gjelder blant annet sterke utsagn som: «Etter mi mening er slik ideologisk basert praksis utøvd overfor ei befolkning som ikkje er spurt, og som heller ikkje vil ha noko val, i beste fall arrogant og i verste fall farleg». Hva i boken baserer han disse påstandene på? Hvilken praksis er det snakk om, hvorfor vil den være farlig, og hvem vil den være farlig for?

At flere av bidragene skal inneholde «... ei slags nedrakking på allmennmedisin i byar og bynære strok som ei enklare og sekunda vare», stiller vi oss også undrende til. Tvert imot mener vi boken målbærer en oppfatning av distriktsmedisin som en integreert del av det primærmedisinske praksisfeltet. Den er således relevant for allmennmedisin generelt, inklusive den som utøves i byene.

Distriktsmedisinen har likevel visse særtrekk. I boken er blant annet nærheten mellom lege og pasient fremhevet. Det særskilte med legerollen og lege-pasient-relasjonen i distrikt er at samhandlingen går for seg mellom totale personer. Denne rammebetingelsen er gitt av kvaliteter ved *stedet*, dvs. lokalsamfunnet. Stedet er her ikke forstått som fravær av bystatus, slik Hunskaar tolker oss, men som et sosiokulturelt felt. Vi har valgt å vektlegge de positive sidene ved distriktspraksis for å veie opp for litt av den ubalansen som er skapt av et ensidig fokus på problemer som rekrutteringssvikt, manglende stabilitet osv.

Hunskaar mener «allmennmedisinen må beskyttast mot biomedisinsk fundamentalisme, men også mot relasjonelt føleri utan medisinsk nytteverdi». Denne form for sluggerpolemik kan ha stor retorisk kraft, men er uten særlig saklig substans. Mener han at allmennmedisinen trenger å beskytte seg mot beskrivelser, analyser og refleksjoner? Hunskaar gjør allmennmedisinen en bjørnetjeneste hvis han kun vil tillate følelsesløse stemmer og analyser som reproducerer kjent og vedtatt tankegods. Hele bokprosjektet springer ut av et sterkt engasjement for distriktsmedisin og allmennmedisin, og vi vil fortsatt forbeholde oss retten til å opptre med lidenskapelig saklighet også i faglige sammenhenger.

Eivind Merok

Olaug S. Lian

Universitetet i Tromsø

Litteratur

1. Lian OS, Merok E, red. Mellom nostalgi og avantgarde. Distriktsmedisin i moderne tid. Kristiansand: Høyskoleforlaget, 2005.
2. Hunskaar S. Fri oss frå den nye distriktsmedisinen! Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 1879.

S. Hunskaar svarer:

Olaug Lian & Eivind Merok meiner at eg har mistolka bodskapen i boka og heller ikkje aksepterer grunnideane ho bygger på. Mitt innlegg i «For og imot»-spalta var med vilje prega av spissformuleringar, slik sjangeren gir rom for, som også John Nessa sitt innlegg (1). Dei som vil lese ei tradisjonell bokmelding, finn den i same nummer av Tidsskriftet (2), der meiningsinnhaldet ikkje er så ulikt mitt på fleire punkt. Eg tek gjerne opp att at eg tilrår boka som lesestoff i ein viktig debatt om distriktsmedisin og allmennmedisin. Og eg anerkjenner redaktørane sitt sterke engasjement for saka. Innlegget mitt var ikkje meint som stoppordre, men som eit kritisk varsku med på vegen vidare.

Men kritikken held eg fast ved. Redaktørane og Nessa bruker eit sjangerforsvar. Eg har sjølvsagt ikkje noko mot essaysamlingar med refleksjonar og analyser om allmennmedisin. Det eg påpeikte var at boka vert flagga som ei lærebok for medisinstudentar (s. 7). Da kjem også nokre andre sjangerkrav, og eg påpeikte at eg ikkje likte balansen. Eg trur ikkje boka vil fungere godt motiverande hos legestudentane når dei lurer på kva som ventar dei utanfor sjukehuset og om dei skal satse på eit legeliv i distrikta.

Fleire stader i boka vert det tydeleggjort fordelane med distriktspraksis til forskjell frå bypraksis. Når Lian & Merok på side 51–54 gjennom ei lang argumenttrekke konkluderer med at det er i eit lite lokalsamfunn legen har best føresetnader for både utgreiing, diagnostikk og behandling, så trur eg ikkje på det. Og det er arrogant

overfor alle dei samvitsfulle, gode og reflekterte allmennpraktikarane eg kjenner i storbyar og sentrale strok. Nessa skriv, derimot, at det er legen sin praksis og si interesse for populasjonen eller lista, ikkje geografien eller storleiken på kommunen, som sannsynlegvis er avgjerande. Det er også mi oppfatning.

Debatten om kva allmenntilleggsmedisin og distriktsmedisin eigentleg er og skal vere, må halde fram, og svara vil endre seg med tida. Allmenntilleggsmedisinens kjerne er klinisk arbeid, med samfunnsmedisinsk, epidemiologisk, biologisk og klinisk kunnskap i botnen, men med sterke innslag frå støttefag som psykologi, sosiologi, antropologi og etikk. Støttefaga hjelper oss til refleksjon og innsikt. Men når ein tek dei i bruk som del av medisinsk praksis overfor pasientar, må kunnskapstyngda og dokumentasjonskrava vere som for andre tiltak.

Steinar Hunsik

Universitetet i Bergen

Litteratur

1. Nessa J. Ikkje fanden, men paven. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 1880.
2. Nylenna M. Distriktsmedisin slik distriktsmedisinere ser det. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 1876.

Legeforeningen og lønnsforhandlingene for sykehusleger

Som stedlige tillitsvalgte for Legeforeningen har vi i snart halvannet år fått stadig spørsmål om hva som foregår i legenes lønnsforhandlinger. Som det vil vites, var det jo ikke alle sykehusleger som profiterte på overgang til statlig arbeidsgiver, så spørsmålene virker berettiget. Men de er ikke lette å svare på. Informasjon fra sentralt hold har åpenbart bare nådd ut til noen få utvalgte. Etter gjentatte omganger med lesing av Tidsskriftet og nettsøk står vi nokså tomhendte tilbake. Faktisk virker det uklart om sykehuslegers lønn overhodet er inne på listen over det Legeforeningen beskjeftiger seg med.

En ordrik beriktigelse av Dagens Næringslivs grovt misvisende fremstilling av lønnsutviklingen for leger er publisert på Legeforeningens nettsider. Om enn lønns-slippen kan være vanskelig å forstå i detalj, så vil vel de fleste leger klare å finne ut hva de får utbetalt til slutt. Vi hadde vel derfor strengt tatt ikke behov for denne kompliserte utredningen. La oss imidlertid håpe at riktig mange journalister tar seg tid til å bringe et destillat av den ut til sine lesere, og at NAVOs koryfeer leser det og legger seg innholdet på minne.

Med forbehold om at vi kan ha misforstått eller oversett viktig informasjon, ber vi om svar fra rette vedkommende på følgende: Ble lønnsoppgjøret i 2004 «annultert», og i så fall: Av hvem og med hvilken begrunnelse? Hva er status for oppgjøret i 2005? Er man i Legeforeningen av den oppfatning at det per nå er et rimelig forhold mellom lønnsnivået i sykehussektoren og det man kan oppnå i allmennpraksis eller privat spesialistpraksis?

Pål I. Holm Jørn V. Sagen

Hormonlaboratoriet
Haukeland Universitetssjukehus

H.K. Bakke svarer:

Jeg kan forsikre kollegene Holm og Sagen om at det ikke er noe forhandlingsområde hvor Legeforeningen de siste årene har engasjert seg med større innsats enn når det gjelder sykehuslegers lønns- og arbeidsvilkår. Informasjon om forhandlingenes gang og resultatene kan alltid bli bedre, og jeg kan bare beklage at dette ikke har vært opplevd som tilfredsstillende.

Resultatet av avtalen fra 2003 var generelt relativt godt for legene. Like klart er det at resultatet varierte mellom foretakene og også mellom legegrupper innad i det enkelte foretak. En av foreningens intensjoner ved årets oppgjør var nettopp å søke å utlikne urimelige forskjeller fra forrige forhandlingsrunde.

Det oppgjøret vi nå er i ferd med

å avslutte, ble innledet med forhandlinger allerede våren 2004. Når forhandlingsprosessen har dratt i langdrag, skyldes dette flere forhold. Legeforeningen og Akademikerne er blitt utfordret på reguleringsnivået for sosiale bestemmelser. Dette har ført til at vi har måttet bruke mye tid internt på å vurdere situasjonen. Videre har vi hatt et behov for å forsvare etablerte rettigheter og arbeidstidsordninger i A2-avtalen. Imidlertid ble det gjennomført B-dels forhandlinger ved alle foretak før sommeren. Helse Bergen var et av de foretakene hvor legene kom frem til en avtale. Imidlertid ble det ikke oppnådd enighet ved en rekke foretak, hvilket har ført til at vi nå etter sommerferien er i ferd med å ta tak i disse avtalene, og da i form av forhandlinger mellom de sentrale parter, NAVO og Akademikerne. Vi har en klar intensjon om å søke å avslutte oppgjøret så snart som overhodet mulig. Forhåpentlig er det allerede avsluttet når dette leses i Tidsskriftet.

Når det gjelder sammenlikningen av lønnsnivået i sykehussektoren med det inntektsnivået man kan oppnå i allmennpraksis og privat spesialistpraksis, skal man være klar over at lønnsinntekt og næringsinntekt har noen vesentlige forskjeller ved seg som gjør at lønnsinntekten per krone er mer verdt enn næringsinntekten. Videre blir en slik sammenlikning ikke mulig uten at man samtidig tar innover seg at næringsdrivende leger blant annet påtar seg et arbeidsgiveransvar og gjør betydelige investeringer i egen praksis. I tillegg må man også ta høyde for arbeidstid per uke og per år. Uansett hvilken gruppe som måtte komme best ut av en slik sammenlikning, er det ut fra et forhandlingsperspektiv neppe grunnlag for å hevde at en absolutt likhet mellom grupper tjener som et godt utgangspunkt for de forhandlinger Legeforeningen fører.

Hans Kristian Bakke

president (inntil 31.8. 2005)
Legeforeningen