

anestesi. Egne døgnkontinuerlige vaktordninger bør etableres ved alle sykehjem (4), selv om samarbeidsordninger kan bli aktuelt for små sykehjem og i distriktet (3). Nyutdannede medisinerer kan med veiledning av en erfaren sykehjemslege få innblikk i dette spennende og viktige fagfeltet ved at sykehjemsmedisin inkluderes i turnustjenesten.

Tverrfaglighet må etableres og «leves» ved alle sykehjem, det vil si at legen må bli en del av sykehjemets team og ha tid til å diskutere pasientens ve og vel med vedkommende, pårørende og andre faggrupper. Forberedende samtaler om behandling og ev. behandlingbegrensning burde være rutine. Dertil finnes det mange etiske utfordringer i sykehjem, og man bør ha egne fora for drøfting av vanskelige valg og avgjørelser av etisk art.

Hvis dette etterkommes, har jeg håp om at fremtidens leger vil se hvor spennende og utfordrende sykehjemsmedisinen er – slik at de selv vil velge den og vi slipper å påtvinge noen en oppgave de ikke egentlig vil ha.

Georg Bollig

Bergen Røde Kors Sykehjem

Litteratur

1. Høie J. Sykehjemmenes oppgaver og legens rolle. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 1009–10.
2. Dommerud T. Vil ha spesialitet i sykehjemsmedisin. Dagens Medisin 21.6. 2007.
3. Janbu T. Fra presidenten: Sykehjem med god legedekning. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 2759.
4. Bollig G, Husebø BS, Husebø S. Vaktjeneste for leger på sykehjem. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 2722–4.

Utdanning av spesialistkandidater

Jeg har med stor interesse lest presidentens leder om utdanning av spesialister (1). Veldig bra og gjennomtenkt fra foreningens side, så langt jeg kan vurdere det.

Jeg har to spørsmål. For det første: Er det dokumentert at leger i Oslo «innenfor Ring 3» vil søke seg bort fra assistentlegestillinger etter ferdig utdanning, eller vil de forsøke å klore seg fast i en underordnet stilling for å kunne bli boende i hovedstaden?

For det andre: Mitt inntrykk er at man minst må ha doktorgrad for å få en fast overlegestilling ved et sykehus i Oslo. Tar jeg feil, er det bra. Har jeg rett, bør det diskuteres om det er en heldig situasjon – dersom det ikke er gjort allerede.

Arild Tandberg

Lillehammer

Litteratur

1. Janbu T. Fra presidenten: Faste stillinger for leger i spesialisering. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 211.

Presidenten svarer:

Takk for muligheten til å komme med en kommentar angående faste stillinger for leger i spesialisering, som Legeforeningen nå arbeider for. Det må lages utdanningsprogram og utpekes veileder for leger i spesialisering ved ansettelsen, ev. også inngås avtale om hvor gruppe I-tjenesten kan gjennomføres og når. Det vil bidra til at legene blir ferdige spesialister og søker seg til overlegestillinger – med bedre vaktbetingelser, mer selvstendig arbeid og bedre lønn. Det kan være behov for noen tidsavgrensede stillinger for enkelte fag og sykehus for å hindre flaskehals og for sykehustjeneste i de primærmedisinske spesialitetene, men dette kan også ivaretas gjennom avtaler om utdanningsløp.

Det finnes ingen god dokumentasjon på hvordan leger forflytter seg, men vi har statistikk på hvilke stillinger legene er i kort tid etter spesialistgodkjenningen. Den sier litt om hvorvidt man prøver å holde på f.eks. en underordnet stilling i Oslo. Av 819 godkjente sykehusspesialister i 2008 var per 9.2. 2009 147 i stilling som lege i spesialisering (LIS) og 309 som overlege, det var 337 registrert som i ukjent stilling og noen få i andre stillinger. Av de 147 legene i spesialisering befant 110 seg i Oslo, Akershus, Hordaland, Sør-Trøndelag eller Troms, hvorav 52 i Oslo. Dette er kanskje ikke så høyt – antall leger i Oslo tatt i betraktning? At ferdige spesialister er i stillinger for lege i spesialisering, kan skyldes treghet med å komme inn i overlegestilling, men også forsinket melding til legerregisteret. Registreringen er nemlig gjort kort tid etter godkjent spesialisering.

Målet må være å få god dekning av spesialister over hele landet.

Det er flest overleger med doktorgrad knyttet til universitetsbyene. Det er riktig og viktig for utviklingen av norsk forskning. Det er ikke noe generelt krav om doktorgrad for å få en overlegestilling noe sted i landet. På landsbasis har 15,5% av overlegene doktorgrad, i Oslo er andelen 27,5%. Det er ikke noe høyt tall, tatt i betraktning at det i hovedstaden finnes flere universitetssykehus og det tidligere Rikshospitalet. Vi trenger mange flere leger i medisinsk forskning over hele landet.

Torunn Janbu

Legeforeningen

Flere feil om eutanasi

I Tidsskriftet nr. 2/2009 kommenterte vi en bokanmeldelse ved Peter F. Hjort og påviste blant annet at han feilaktig skriver at pårørende «skal ønske» eutanasi (1). Helene Pande antyder i Tidsskriftet nr. 4/2009 at det er vi som tar feil her. Grunnen skal være at mange tilfeller «av aktiv euta-

nasi har vært utført *uten* at pasienten «explicitly» har bedt om det», og «det må jo bety» at «sannsynligvis også de pårørende» er involvert (2).

Dette resonnementet hviler imidlertid på et sviktende premiss: Det Pande kaller en «form for» eutanasi, faller verken i Belgia eller i Nederland inn under eutanasi-begrepet. I sistnevnte land er for øvrig adjektivet «aktiv» i denne sammenhengen utgått på dato (3). Eutanasi er per definisjon både en aktiv handling (dødelig injeksjon) og, som vi påpekte (1), frivillig – med den følge at så vel «aktiv eutanasi» som «frivillig eutanasi» blir smør på flesk (4).

Det Pande omtaler, er kategorien «unrequested termination of life», også kalt «life-terminating acts without explicit request (LAWER)» (3). Fordi slike medisinske drap ikke er frivillige, er dette ikke eutanasi slik det forstås i Belgia og Nederland. I praksis inngår her to underkategorier: Pasienter som ikke er i stand til å spørre om eutanasi (inkompetente) – eksempelvis alvorlig senildemente – og kompetente pasienter som kunne ha spurt, men ikke gjorde det (4). Her kan selvsagt de pårørende spille en aktiv rolle. Men å ta livet av en pasient uten forespørsel fra vedkommende er i utgangspunktet mord i henhold til nederlandsk straffelov (3), og er derfor ikke regulert i eutanasiloven av 2002 (5). Og det er denne loven, samt den nærmest identiske (men langt mer detaljerte) belgiske eutanasiloven, Hjort viser til.

Helene Pande henleder oppmerksomheten på et svært viktig problemområde, så å si «ved siden av» eutanasi. Boken Hjort anmeldte, inneholder også grundige diskusjoner av dette medisinske feltet, herunder kapitlet *Termination of life in neonatology* (3).

Lars Johan Materstvedt

Trondheim

Reidun Førde

Oslo

Litteratur

1. Materstvedt LJ, Førde R. Feil om eutanasi. Leserbreve. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 121.
2. Pande H. Feil om eutanasi i Nederland. Leserbreve. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 311.
3. Griffiths J, Weyers H, Adams M. Euthanasia and law in Europe. Oxford: Hart Publishing, 2008.
4. Materstvedt LJ, Førde R, Kaasa S et al. Eutanasi – definisjonsmessige, etiske og kliniske betraktninger i et internasjonalt perspektiv. I: Kaasa S, red. Palliasjon. Nordisk lærebok. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2007: 153–78.
5. Termination of life on request and assisted suicide (review procedures) act 2002. www.healthlaw.nl/wtlovhz_eng.pdf [13.2.2009].