



Brev til redaktøren

Kommentarer på inntil 400 ord, eventuelt knyttet til tidligere publisert stoff, sendes tidsskriftet@legeforeningen.no

Private sykehus og kosmetisk kirurgi

Frank E. Åbyholm gir i Tidsskriftet nr. 18/2003 et skjevt bilde av plastikkirurgi og skaper et unødvendig motsetningsforhold mellom offentlig godkjente private sykehus og offentlige sykehus (1).

Ved Axess Sykehus og Spesialistklinikk har vi plastikkirurgi som ett av våre forretningsområder. Vi har avtale med samtlige helseregioner, slik at pasienter som faller inn under ordningen fritt sykehusvalg, kan velge å la seg behandle hos oss. 75 % av «våre» pasienter innen plastikkirurgi får sin behandling dekket av det offentlige, med utgangspunkt i et medisinsk behov. Kun 25 % oppsøker oss for rene kosmetiske inngrep og betaler selv. Den største delen av plastikkirurgien ved Axess omfatter altså pasienter som ellers ville blitt stående i kø for å bli behandlet i det offentlige helsevesenet.

Åbyholm tar til orde for å holde kosmetisk kirurgi helt atskilt fra det offentlige helsevesen, og er bekymret for at en del av den kosmetisk-kirurgiske virksomheten ved private sykehus på lengre sikt vil bli finansiert av det offentlige. Dette er en unødvendig bekymring, da den offentlige finansieringen av et slikt inngrep er avhengig av at behandlingen har et medisinsk grunnlag.

Åbyholm antyder at leger som velger å benytte sin kompetanse i private sykehus foretar et tvilsomt yrkesetisk valg. Axess legger stor vekt på å organisere virksomheten slik at vi kan behandle flest mulig pasienter, og er vi opptatt av at legene skal bruke en minimal del av arbeidstiden på administrative gjøremål. En av drivkreftene for våre plastikkirurger er nettopp et ønske om å bruke hovedtyngden av arbeidstiden på å behandle pasienter. Det faktum at man får en betaling som står i forhold til den innsatsen man gjør, gir ingen grunn til å trekke yrkesetikken i tvil.

Fremtiden for norsk plastikkirurgi og for pasientgrupper med alvorlige lidelser er avhengig av to forhold. Det ene er i hvilken grad det norske helsevesenet totalt sett, det vil si både offentlige og private sykehus, klarer å stille kompetente kirurger til rådighet slik at pasienter med alvorlige lidelser står i kø så kort tid som mulig. Det andre er å opprettholde og videreutvikle en finansieringsordning som gir pasienter som har et medisinsk behov offentlig finansiering av nødvendige kirurgiske inngrep. Vi

skaper et langt bedre tilbud gjennom å samarbeide enn ved å skape skillelinjer. Det er ingen tvil om at en kompetanseflukt fra det offentlige helsevesen er en utfordring, og Axess bidrar gjerne i en diskusjon om mulighetene for samarbeid.

Sissel Engen

Axess Sykehus og Spesialistklinikk

Litteratur

1. Åbyholm FE. Plastikkirurgi i et kosmetisk marked. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 2554.

Behandling av psykisk traumatiserte

Ellinor F. Major publiserte i Tidsskriftet nr. 19/2003 en undersøkelse som omhandler i hvor stor grad enheter i psykisk helsevern behandler psykisk traumatiserte pasienter, og i hvilken grad disse har kontakt med nasjonale og regionale spisskompetansemiljøer (1).

Slike kartlegginger kan være nyttige. Det er derfor beklagelig at Major ikke diskuterer funnene på en tilstrekkelig kritisk måte. Naturlig nok rapporteres det at andelen psykisk traumatiserte er stor og at den gruppen behandlerne føler seg mest usikker på, er flyktingene. Når det gjelder antall enheter som har mottatt tilbud om undervisning og veiledning, mangler artikkelen en diskusjon om hvorvidt de svarene som fremkommer av undersøkelsen, samsvarer med de tiltakene som faktisk er tilbudt og gjennomført. Slik tallene er presentert, virker det som om svarene avspeiler omfanget av tilbudet som har gått ut til psykiatrien.

Major fungerte som undervisningsleder ved Psykososialt senter for flyktinger ved Universitetet i Oslo første halvår av det året som omtales, med ansvar for undervisningsplaner og utsending av tilbud. Hun er kjent med det faktiske tilbud som gikk ut fra senteret i denne perioden, samt respons og deltakelse. Hun burde derfor også være klar over den betydelige diskrepansen mellom antall enheter som mottok tilbud og de som bekrefter dette i undersøkelsen. Hun hadde således meget gode forutsetninger for å problematisere disse funnene i diskusjonen. Nærmere informasjon om senterets virksomhet finnes for øvrig på nettstedet www.flyktinghelse.info.

Major refererer til planene om å opprette et nasjonalt kompetansesenter om vold og

traumatisk stress. Disse planene blir nå gjennomført, og Psykososialt senter for flyktinger blir innlemmet i dette senteret. Vi undrer oss over i hvilken grad artikkelen også er ment å være et bidrag fra Sosial- og helsedirektoratets side til å legitimere denne omorganiseringen. Major har hatt en sentral rolle i dette arbeidet, som gjennomføres i høyt tempo, mot de ansattes og styrets råd, og uten noen ytterligere evaluering av Psykososialt senter for flyktingers arbeid og effektivitet. Artikkelen bidrar i så fall i liten grad til å gi noe godt faglig grunnlag for å gjennomføre en slik omorganisering – som representerer en de facto nedleggelse av Psykososialt senter for flyktinger ved Universitetet i Oslo.

Solveig Dahl Edvard Hauff

Psykososialt senter for flyktinger, Universitetet i Oslo

Litteratur

1. Major EF. Behandling av psykisk traumatiserte i Norge. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 2709–12.

E.F. Major svarer:

I min artikkel (1) presenterer jeg en rekke resultater vedrørende behandling av ulike grupper psykisk traumatiserte i Norge – herunder diagnoser, terapiformer, opplevd manglende kompetanse og kontakt med nasjonale og regionale kompetansemiljøer. Solveig Dahl & Edvard Hauff har i sin kommentar konsentrert seg om sistnevnte resultat: Antall enheter innen psykisk helsevern som rapporterte om at de hadde mottatt tilbud om både undervisning og veiledning fra sine respektive kompetansemiljøer.

Resultatene viste at det var få enheter som rapporterte å ha mottatt tilbud om slik undervisning/veiledning fra de fleste nasjonale og regionale kompetansemiljøer. Dahl & Hauff etterlyser en diskusjon om disse resultatene er i samsvar med de tiltak som faktisk er tilbudt og gjennomført fra Psykososialt senter for flyktinger. Problemstillingen er interessant nok – men dette spørsmålet var ikke del av denne kartleggingen. Innenfor rammene av en artikkel er det videre liten mulighet for en detaljert diskusjon av de mange resultater som presenteres.

Dahl & Hauff refererer videre til planene om å opprette et nasjonalt kompetanse-