

Hvor alvorlig er kompetanseflukten fra det offentlige helsevesen innen plastikkirurgi?

Plastikkirurgi i et kosmetisk marked

Kosmetisk kirurgi er behandling av friske pasienter og faller derfor utenfor det offentliges ansvar. Friske pasienter som ønsker å forandre på sitt utseende, må bære kostnadene selv. Det er i hovedsak plastikkirurger som utfører kosmetisk kirurgi, et felt som har hatt en formidabel utvikling de siste 20 årene. I vårt land åpnet en del offentlig ansatte plastikkirurger privat kveldspraksis med kosmetisk-kirurgisk virksomhet i begynnelsen av 1980-årene, og gradvis økte etterspørselen. Mulighetene for betydelige inntekter førte til at mange plastikkirurger gikk over til utelukkende å drive med kosmetisk kirurgi. I Norge er det nå 67 praktiserende spesialister i plastikkirurgi; av disse er 35, altså over halvparten, heltidsengasjert i kosmetisk-kirurgiske klinikker (Norsk plastikkirurgisk forening, personlig meddelelse). Dette er en oppsiktsvekkende høy andel. Grunnutdanningen for en plastikkirurg tar seks år etter medisinsk embetseksamen og turnustjeneste. Å beherske faget med alle dets spesialområder tar ytterligere minst 5–6 år. Den betydelige avgangen av fagfolk til kosmetisk kirurgi, øker utdanningsbelastningen ved landets sykehusavdelinger innen plastikkirurgi. Spesielt er tapet av erfarne plastikkirurger merkbart.

Plastikkirurgi i det offentlige helsevesen er først og fremst rekonstruktiv kirurgi, blant annet ved medfødte misdannelser, akutte skader og følgetilstander etter skader, kreftkirurgi, rekonstruksjoner etter kreftoperasjoner, brannskader og kroniske sår. I tillegg skal de offentlige sykehusavdelingene drive undervisning, forskning og metodeutvikling slik at behandlingstilbudet stadig forbedres. De vanligste kosmetisk-kirurgiske inngrep er brystforstørrelse ved innlegging av silikonproteser, fettsuging, øyelokksplastikk, bukplastikk, ansiktsløfting, panneløft, neseoperasjoner og rynkebehandling. Enkelte kosmetisk-kirurgiske klinikker utfører noe rekonstruktiv kirurgi, men hovedtyngden av virksomheten er ren kosmetisk kirurgi.

Enkelte kosmetisk-kirurgiske klinikker har nylig fått sykehusstatus. De kan legge inn anbud på behandling av pasienter som står på ventelister ved de offentlige sykehus og på den måten motta offentlige tilskudd. Hensikten med denne ordningen har vært å redusere ventelistene for enkelte pasientgrupper, men ordningen har også ytterligere skjerpet konkurransen om spesialistene. Økt aktivitet ved de private klinikkene krever økt bemanning, og plastikkirurger må rekrutteres fra offentlig sektor. Nye stillingshjemler ved de offentlige sykehusene må godkjennes av et legefordelingsutvalg, mens private sykehus ikke har slike begrensninger. De kosmetisk-kirurgiske klinikkene kan tilby sine ansatte lønninger som ligger langt over det som tilbys i det offentlige helsevesen.

Hvordan skal det offentlige helsevesen svare på utfordringen fra det kosmetiske marked og kompetanseflukten fra offentlige sykehus? Utviklingen viser at befolkningen ønsker et tilbud innen kosmetisk kirurgi, og mange mennesker har positive erfaringer med slik kirurgi. Men det er behov for klarere kjøreregler. Vi må ha en løpende debatt om blant annet annonsering av kosmetiske operasjoner, metoder for å rekruttere pasienter og aldersgrenser for visse inngrep. En slik debatt har ført til en revisjon av etiske retningslinjer og markedsføringsregler (1) for kosmetisk kirurgi. Helsedepartementet har nylig utgitt et rundskriv om kosmetisk kirurgi og fortolkning av relevant regelverk (2). Det er også behov for mer nyansert informasjon om denne typen kirurgi, for uttalelser i mediene tyder på at enkelte har en urealistisk oppfatning av hvilken risiko som er forbundet med kirurgiske inngrep.

Etter mitt syn er det viktig å holde kosmetisk kirurgi fortsatt helt atskilt fra det offentlige helsevesen. En sammenblanding av kosmetisk kirurgi og annen kirurgi ved de private sykehus, slik som i dag, vil på sikt kunne føre til at en del av den kosmetisk-kirurgiske virksomheten vil bli finansiert av det offentlige. Plikttjeneste ved sykehus etter spesialistutdanning eller liknende forslag er ikke løsningen. Det offentlige helsevesen bør møte utfordringen på en mer kreativ måte for å beholde kompetansen ved sykehusene. Å ansette plastikkirurger ved de offentlige sykehus i deltidstiltinger, slik at de kan bruke en del av arbeidstiden i private klinikker, har vært forsøkt, men erfaringene er ikke gode. Etter hvert som legene oppdager de store inntjeningsmulighetene, går de helt over i kosmetisk-kirurgisk virksomhet. Med leger ansatt i deltidstilting i sykehus må de heltidsansatte plastikkirurgene ta på seg en uforholdsmessig stor andel av arbeidet med administrasjon, forskning, undervisning og metodeutvikling.

Det er i hovedsak tre forhold som er avgjørende for plastikkirurgens karrierevalg. Det første er den enkelte leges oppfatning av sin rolle som lege. Hva bør jeg og hva vil jeg bruke min kompetanse til? Dette er et yrkesetisk, personlig spørsmål. Dernest følger synet på faglige utfordringer. Leger som har gått over til kosmetisk kirurgi, har hevdet at de gikk lei av mangel på ressurser og stadig nye krav om økt produktivitet, liten effektivitet i systemet, mye kritikk fra mediene, pessimistisk holdning innen offentlig helsevesen, lite oppmuntring, liten belønning for ekstra innsats osv. Dersom disse holdningene er riktige, eller dersom dette har vært den avgjørende faktor for deres karrierevalg, er det klokt å lytte til slike signaler. Lønn er også en viktig faktor. Hittil har forskjellen mellom offentlig ansatte plastikkirurgers lønn og fortjenesten innen kosmetisk kirurgi vært meget stor. Slik vil det også være i fremtiden. Det vil for svært mange være et krysningsspunkt mellom faglig lojalitet og lønn. Når lønnstilbudet når et visst nivå, vil i de fleste tilfeller fag-lojaliteten gi tapt.

Det er en del positive tendenser som gir håp for fremtiden. Det er nå mulig å avtale individuell avlønning til overleger ved offentlige sykehus basert på kompetanse og innsats. For å utnytte sykehusressursene bedre, øke behandlingstilbudet og redusere ventelistene er det åpnet for at leger kan tilby sine tjenester på fritiden i form av kveldsklinikker, spesielle pasientrettede prosjekter og liknende. Fremtiden for norsk plastikkirurgi er avhengig av i hvilken grad vi maktet å beholde kompetansen ved de plastikkirurgiske sykehusavdelingene. Det er store pasientgrupper med alvorlige lidelser som er avhengig av dyktige plastikkirurger i offentlig sektor.

Frank Ellof Åbyholm
frank.abyholm@rikshospitalet.no

Frank Ellof Åbyholm (f. 1939) er professor og avdelingssjef ved Plastisk-kirurgisk avdeling, Rikshospitalet.

Litteratur

1. Etiske regler for leger. Vedtatt av landsstyret 1961, med endringer, senest 2002. Oslo: Den norske lægeforening, 2002. www.legeforeningen.no/index.db2?id=485 (9.9.2003).
2. Kosmetisk kirurgi – fortolkning av relevant regelverk. Rundskriv I-8/2003. Oslo: Helsedepartementet, 2003. www.odin.dep.no/hd/norsk/publ/rundskriv/042051-990011 (9.9.2003).

> Se også side 2608