



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 Axxess 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 Axxess 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. Axxess 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 Axxess bidrar gjerne i en diskusjon om mulighetene for samarbeid.

Sissel Engen

Axxess 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 flyktningene. 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 flyktninger 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.flyktninghelse.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 flyktninger 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 flyktnings 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 flyktninger ved Universitetet i Oslo.

Solveig Dahl

Edvard Hauff

Psykososialt senter for flyktninger, 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 flyktninger. 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-

senter om vold og traumatisk stress. Aktuelle kartlegging hadde opprinnelig lite å gjøre med disse planene. Innenfor rammene av Prosjekt traumatisk stress (2) var det et behov for å få en oversikt over kompetansen innen psykisk helsevern når det gjelder utredning og behandling av en rekke grupper psykisk traumatiserte. Det er tilfeldig at artikkelen publiseres samtidig som tidspunktet for etableringen av et slikt senter nærmer seg. Jeg vil imidlertid understreke at bak etableringen av et nasjonalt senter ligger det et ønske fra sentrale myndigheter om å samle ressursene på feltet for ytterligere å styrke dette fagområdet. Det ligger videre et ønske om at den forskning, undervisning og veiledning som skal utes og formidles ved dette senteret skal komme ulike grupper psykisk traumatiserte – herunder traumatiserte flyktninger – til gode. Fem departementer står bak denne satsingen som Sosial- og helsedirektoratet har fått i oppdrag å gjennomføre.

Psykososialt senter for flyktninger har bidratt aktivt i prosessen med å utforme mandatet og i organiseringen og forankringen av det nye senteret – ikke minst når det gjelder etableringen av en egen temagruppe i forhold til traumatiserte flyktninger, «Tvungen migrasjon». Det er et ønske om at senterets ansatte fortsatt vil bidra med sin kompetanse og sine erfaringer også innen det nye senteret.

Ellinor F. Major

Sosial- og helsedirektoratet
Oslo

Litteratur

1. Major EF. Behandling av psykisk traumatiserte i Norge. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 19: 2709–12.
2. Høie IM. Oppfølging etter livstruende traumer – en oppgave for fagfolk? Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1419–20.

Urinveisinfeksjoner

I Tidsskriftet nr. 17/2003 har Anna-Karina Brandal et innlegg om personlige erfaringer med residiverende cystitt (1). Dette gir på mange måter grunnlag for refleksjoner. Hun har, sin unge alder til tross, vært gjennom en rekke utredninger og terapiopplegg flere steder i det ganske land – minst 66 leger har

vært involvert. På lederplass blir inseratet kommentert av Truls E. Bjerklund Johansen (2). Han tar utgangspunkt i at store ressurser brukes i utredning og behandling av urinveisinfeksjon hos kvinner, og antyder i overskriften at det dreier seg om en folkesykdom uten retningslinjer. Imidlertid hadde Flottorp og medarbeidere en grundig gjennomgang av temaet i Tidsskriftet for tre år siden (3).

Urinveisinfeksjon er svært vanlig hos kvinner. Nær 60 % har en slik infeksjon på et eller annet tidspunkt i livet, og 11 % av kvinner over 18 år rapporterer om symptomer på en urinveisinfeksjon i løpet av siste år (4). Også andre pasientgrupper, som menn og barn, skal utredes og behandles for slike infeksjoner. En rekke faggrupper er således involvert.

I arbeidet med kartlegging av etiologi og resistensforhold ved urinveisinfeksjoner står de mikrobiologiske avdelinger svært sentralt. Flere sentre har også bidratt med viktig kartlegging og forskning. Bjerklund Johansen tar i sin utmerkede lederkommentar til orde for utarbeiding av norske retningslinjer ved utredning og behandling av urinveisinfeksjoner og foreslår et samarbeid mellom allmennleger, pediatere og urologer (2). Etter vår mening må denne gruppen ha et bredere fundament. Det synes opplagt at mikrobiologer og infeksjonsmedisinere må være med, samt nefrologer og geriater. Med en slik basis er muligheten til stede for å etablere et godt verktøy som er tjenlig i håndtering av urinveisinfeksjoner for alle faggrupper.

Nils Grude

Yngvar Tveten
Bjørn-Erik Kristiansen
AS Telelab
Skien

Litteratur

1. Brandal A-K. Inkompetanse og inkontinens. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 2465.
2. Johansen TEB. Folkesykdom uten retningslinjer. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 2410.
3. Flottorp S, Oxman AD, Cooper JG, Hjortdahl P, Sandberg S, Vorland LH. Retningslinjer for diagnostikk og behandling av akutte vannlatingsplager hos kvinner. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 1748–53.
4. Foxman B, Barlow R, D'arcy H, Gillespie B, Sobel JD. Urinary tract infection: self-reported incidence and associated costs. Ann Epidemiol 2000; 10: 509–15.

Sri Lanka – fredsprosessen fortsetter

Sri Lanka er et av Norges 12 prioriterte samarbeidsland for bistandsutvikling. Den tamilske befolkningen i landet er omtrent like stor som befolkningen i Norge. Over 60 000 mennesker er drept og over en halv million tvunget på flukt som følge av den 30 år lange krigen mellom de tamilske separatistopprørerne og den singalesiske etniske majoriteten. Den nåværende våpenhvilen, som Norge var sentral i å fremforhandle, blir kontrollert av Sri Lankan Monitoring Mission, som har deltakere fra 46 land. Blant disse finner vi alle de nordiske landene.

Gjennombruddet i fredsforhandlingene kom da de tamilske separatistopprørerne droppet kravet om et selvstendig hjemland på den nordøstlige delen av Sri Lanka. I oktober ble begge parter enige om å ta opp politiske spørsmål og arbeide for militær nedtrapping. Begge parter er nå enige om å gå inn for en føderasjon som garanterer utvidet selvstyre for tamilminoriteten. Fredsforhandlingene har sikret våpenhvile det siste året.

Det er ingen privateide institusjoner i de krigsrammede områdene. Det finnes et regionsykehus, som fungerte som universitetssykehus før borgerkrigen. Alle sykehusene og helsesentrene er styrt av det statlige helsedepartementet. Helsepersonellet blir ansatt av departementet etter godkjenning av en lokal representant. Det er mangel på alle typer helsepersonell, legemidler og medisinsk utstyr. Den tamilske del av helsesektoren finansieres dels av pasientbetaling, dels av private innsamlinger.

Bruken av norske forskningsmidler bør ses i et globalt perspektiv, og Norge bør bidra med både forskning og økonomisk bistand til Sri Lanka. Norge har et godt internasjonalt omdømme innen forskning, og norsk helseekspertise bør være med på å påvirke satsingsområdene i den fasen Sri Lanka nå er inne i. Norsk vaksinekompetanse kan for eksempel utnyttes. Helsepersonell og studenter fra Sri Lanka kan inviteres til studieopphold ved norske sykehus og universiteter. Jeg oppfordrer alle som kan gjøre en innsats, til å bidra.

Soosaipillai V. Bernhardshaw

Ullevål universitetssykehus