

# Private flyktninger og øyefaget

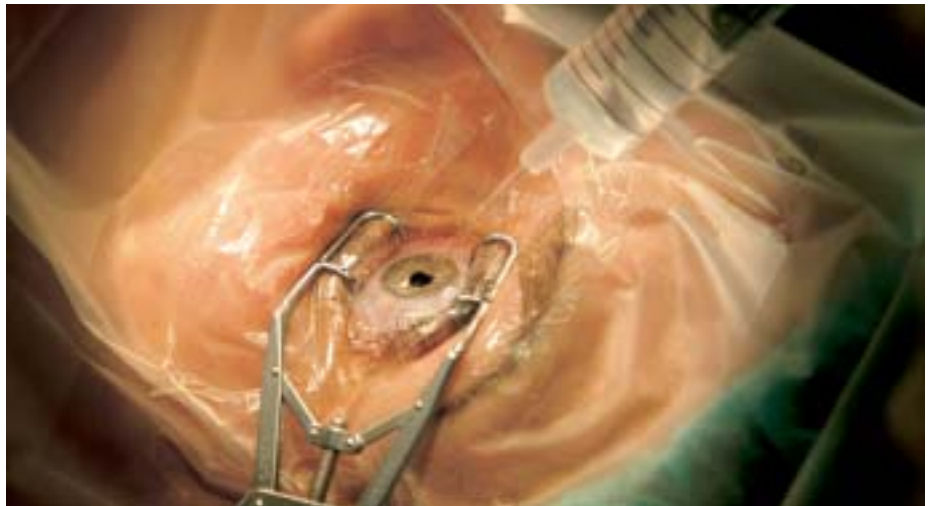
Corneamodellering med laser er ikke nødvendigvis kosmetisk kirurgi, og de offentlige sykehusavdelingene må opparbeide seg spisskompetanse på dette området. Offentlige sykehus bør kunne ta honorar direkte fra pasientene for spesielle inngrep som har stor betydning for den enkelte.

Med utgangspunkt i den pågående debatten innenfor plastisk kirurgi (1, 2) har redaktør Charlotte Haug i Tidsskriftet nr. 21/2003 gjort seg noen tanker om kompetanseflukten fra offentlige sykehus (3). Slike tanker er betimelige og nødvendige og forhåpentligvis stimulerende for en fruktbar diskusjon.

Frank E. Åbyholm skriver i sin lederartikkel i Tidsskriftet nr. 18/2003 at «kosmetisk kirurgi er behandling av friske pasienter og faller derfor utenfor det offentlige ansvar» (1). Dette er en ganske bombastisk uttalelse som selvfølgelig påvirker politikere og beslutningstakere. Åbyholm uttaler ifølge en annen artikkel i samme nummer at «et godt helsevesen handler ikke om kvantitet, men om kvalitet» (4). Helst vil jeg tolke uttalelsen som en sitatfeil; selvfølgelig handler det om begge deler.

Øyefaget har merket flukten i flere år. De første private klinikker var et supplement til den offentlige øyehelsetjenesten og var sterkt medvirkende til at køene med kataraktpasienter ble redusert. Etter hvert kom refraksjonskirurgien og laserklinikene, og i dag er bildet innenfor øyefaget ganske komplisert.

Det er vesentlig to årsaker til dette. Da de nye mulighetene for linseimplantasjon ble introdusert i 1980-årene (5), maktet ikke det offentlige helsevesen å gi hjelp til alle med synshemmende katarakt. Det offentlige helsevesen har ikke forstått at mennesker med «brytningsfeil» meget ofte opplever dette som et handikap eller en funksjonsfeil. Brillere eller kontaktlinser er noe man «må leve med». Da det så kom andre alternativer, ble disse alternativene vurdert av fagfolk, og for mange er laserbehandling nå blitt aktuelt. Etterspørselen etter slike tjenester er økende.



Laserbehandling gjør at mange slipper å bruke brillere eller kontaktlinser. Foto SCANPIX/ANP

En av følgene av kompetanseflukten fra sykehusene er at de som arbeider utenfor det offentlige system, gjerne oppnår mye erfaring (høyt volum) og således får bedre kompetanse innenfor sitt felt enn kollegene innenfor systemet. En konsekvens av dette er at de oppnår finansiell styrke til å delta på symposier og seminarer hvor som helst i verden og kan satse på det nyeste og beste av instrumenter og utstyr.

Vårt trykkesystem anser med visse unntak fortsatt corneamodellering som kosmetisk kirurgi. Etter mitt syn kan en myopi på  $-3,0$  D være en såpass stor belastning for en person at laserbehandling på offentlig avdeling kan være indisert. Den enkelte pasients opplevelser og erfaringer må ha betydning ved vurderingen.

Offentlige avdelinger har et ansvar for den faglige utvikling innenfor corneamodellering og bør derfor opparbeide seg spisskompetanse på området. Dette vil medføre at offentlige avdelinger involverer seg i denne typen kirurgi på en helt annen måte enn hittil. Hvordan det økonomiske oppgjøret eventuelt skal skje, må man diskutere. Det bør ikke være et fastlåst prinsipp at offentlige avdelinger ikke kan ta honorar for spesielle inngrep som har stor betydning for den enkelte. Inntil videre bør behandlingen betales direkte av pasientene, slik som på private klinikker (når det offentlige ikke betaler).

Dersom «kosmetisk kirurgi» ikke kan utføres på offentlige avdelinger, ligger det

en invitt i redaktørens overskrift *Private flyktninger* (3). Det er god politikk å integrere flyktninger. Når Rikshospitalets øyeeiendom nå flytter til Ullevål universitetssykehus, har storavdelingen en enestående mulighet til å bli en mønsteravdeling. Utfordringene er meget store og setter betydelige krav til nytenkning og fleksibilitet. Etter mitt skjønn står man i prinsippet overfor to valg: Enten må storavdelingen være i stand til å levere *alle* tjenester som befolkningen i nedslagsområdet trenger og har krav på, eller så må storavdelingen «adoptere» private klinikker som likeverdige partnere, slik at alt personell opplever reell tilhørighet når det gjelder pasienter, utdanning, undervisning og forskning. I praksis vil det bety journalfelleskap, utvekslingsmuligheter og felles faglige møter.

**Jens G. Hetland**

*j.g.hetland@medisin.uio.no*  
Tyslevveien 56 C  
1163 Oslo

#### Litteratur

1. Åbyholm FE. Plastikkirurgi i et kosmetisk marked. Tidsskr Nor Lægeforen 2003, 123: 2554.
2. Amland FA, Andenæs K, Barstad M, Bretteville G, Gjessing E, Roald HE et al. Plastikkirurger og yrkesetikk. Tidsskr Nor Lægeforen 2003, 123: 3086–7.
3. Haug C. Private flyktninger. Tidsskr Nor Lægeforen 2003, 123: 3003.
4. Høie I. Spesialiststrøm fra sykehusene – hva så? Tidsskr Nor Lægeforen 2003, 123: 2608–11.
5. Hetland JG. Katarakt. Poliklinisk behandling – en arbeidsmodell. Tidsskr Nor Lægeforen 1986, 106: 2648–50.