

Et år i Danmark

Speciallæge Peter Bryant

Holy Spirit Northside Medical Centre, Queensland, Australien

I 1998/1999 tilbragte jeg et år i Danmark, ansat som 1. reservelæge på Karkirurgisk Afdeling på Rigshospitalet. I Australien havde jeg afsluttet min formelle uddannelse som karkirurg. Uddannelsen bestod af i alt ti års træning. Efter et års turnus, to års ansættelse som *junior medical officer* og fire års kirurgisk træning var jeg blevet speciallæge i kirurgi og efter yderligere tre års karkirurgisk træning blev jeg speciallæge i karkirurgi. Undervejs skulle jeg bestå eksamener arrangeret af Royal Australasian College of Surgeons. Desuden er der krav om to videnskabelige publikationer. Uddannelsen til speciallæge i Australien er måske ikke meget kortere end i Danmark, men den er bedre planlagt, hvortil kommer, at medicinstuderende i gennemsnit er et par år yngre og gennemfører studiet et år hurtigere end i Danmark. Alt i alt er en nyuddannet australsk speciallæge midt i 30'erne, mens vedkommende er hen mod de 40 i Danmark. Jeg ønskede at rejse og opleve det at være læge i andre lande, før jeg etablerede mig. Jeg havde tidligere kortvarigt besøgt en karkirurgisk afdeling i USA, dog uden at arbejde der, men var klar over, at forholdene der ikke var meget forskellige fra dem i Australien. Derfor kiggede jeg

på mulighederne i Europa. Jeg havde tidligere boet i Danmark og kunne tale lidt dansk og var heldig at få tilbudt job på Rigshospitalet. Det skulle siden vise sig at være det mest udfordrende, men også givtige år i min lægekarriere.

Det danske sprog

Den først forhindring var sproget. I modsætning til yngre danskere, der taler glimrende engelsk, var mine patienter ældre og ikke altid så gode. For en læge, der arbejder i kirurgi og intern medicin, er kommunikation helt centralt. Hvis patienten og lægen ikke kan interagere og udveksle synspunkter, bliver det svært at arbejde ordentligt. Jeg er lidt flov over at indrømme, at jeg – fordi mit danske ikke var tilstrækkelig godt – undgik længere samtaler med patienterne. Selv for en kirurg er det ikke en optimal situation, og jeg brugte derfor i starten en del ikkeverbal kommunikation.

De store forskelle mellem Australien og Danmark

Der er stor forskel på den måde, en karkirurg arbejder på i Danmark og i Australien. Det første, jeg lagde mærke til, var det store antal reservelæger. Mens jeg i Australien havde været vant til at være den eneste 1. reservelæge på afdelingen, var der i Danmark fire. Konsekvensen er, at en australsk læge arbejder betydelig flere timer om ugen, men til gengæld langt



VIDENSKAB OG PRAKSIS | AUSTRALIEN

hurtigere opnår erfaring og operative færdigheder. Da jeg var 1. reservelæge i Brisbane havde jeg vagt seks af ugens syv dage, og havde jeg været oppe om natten, var jeg nødt til at møde og evt. operere den næste dag, fordi der ikke var nogen til at erstatte mig. Under de forhold kom min arbejdsuge let op på 70 timer om ugen. Men der er ubalance mellem det at være kirurg og livet uden for arbejdet. Først da jeg kom til Danmark, fik jeg tid til at lære mine to sønner at kende. Dette forhold er i tiltagende grad ved at gå op for yngre læger i Australien og afspejler sig i arbejdstidsdirektiver, der begrænser 1. reservelæger og reservelægers overarbejde, men der er endnu et stykke til den danske 37 timers arbejdsuge [1-5].

En anden forskel er den måde privat praksis i Australien er integreret med det offentlige sygehusvæsen. Således kan der til en afdeling være knyttet en speciallæge, der kun arbejder ti timer om ugen, mens han resten af tiden er i sin egen praksis, f.eks. som karkirurg. Denne speciallæge er kun i begrænset omfang underlagt den ledende overlæge. Dette medfører større autonomi, men også større bevidsthed om ansvar.

I Danmark hører patienten til afdelingen, mens patienten i Australien hører til kirurgen, et forhold som først i de senere år har nået Danmark i form af entydig identifikation af, hvilken læge der har behandlingsansvaret. I Australien forventer patienten f.eks. ved ambulante besøg at møde den samme kirurg eller dennes reservelæge. Dette giver hospitalsverdenen den tætte kontakt mellem kirurg og patient, som er en selvfølge i privat praksis, hvor patienten i øvrigt også forventer at kunne komme i kontakt med sin kirurg alle døgnets 24 timer.

Den tredje markante forskel er sygeplejerskernes rolle. I Danmark er de mere proaktive i forhold til patientbehandlingen, end de er i Australien. Dette er mest tydeligt for anæstesi- og sygeplejersker, hvor flere er under ledelse af én læge. Det vil aldrig være tilfældet i Australien. I lyset af at der er mangel på læger i Australien, drøftes det i øjeblikket, om sygeplejersker skal have mere selvstændigt behandlingsansvar [6-8].

De små forskelle

Det at arbejde i et andet lands sundhedsvæsen afdækker ofte mindre og uventede forskelle, f.eks. var der i Danmark faste retningslinjer for brugen af antibiotika, hvor jeg fra Australien havde været vant til frit at kunne vælge, men også indikationerne for visse operationer kunne variere, foruden reservelægerens rolle på afdelingen vedrørende medicinordination, journalnotater, stuegang etc. Men der er langt flere ligheds-

punkter, og genkendelsens glæde i et fremmed land er stor. For en kirurg er bekræftende, at anatomi og de patologiske processer er de samme. Jeg bemærkede dog, at aterosklerose synes at være mere aggressiv i Danmark, men rygning var på det tidspunkt langt mere accepteret.

Også entusiasmen og den måde, danske læger går op i deres arbejde på, er bekræftende. På trods af forskelle i struktur og den måde udredning og behandling foregår på, er lighedspunkterne i sundhedsvæsenet meget tydelige, først og fremmest engagementet. Uanset landet er omhyggelighed med de mindste detaljer og overvågenhed helt centralt i patienthåndteringen.

I en tiltagende globaliseret verden er der behov for større mobilitet i den medicinske arbejdsstyrke. Mange lande, heriblandt Australien, står over for udfordringen at skulle inkorporere læger, der er uddannet i et andet system. Det er vigtigt at erkende de barrierer, der står i vejen for denne integration. Den vigtigste er kommunikation. Hvis lægen ikke kan opnå en tæt kontakt med patienten, kommer det til at gå ud over kvaliteten af behandlingen.

At arbejde i et fremmed land viste mig ikke kun, hvordan tingene kan gøres anderledes, men også at vi har meget til fælles. Anatomi, fysiologi og patologi har ingen hudfarve. Det samme gælder dedikation og entusiasme i behandlingen af patienterne, hvor den end udføres.

Korrespondance: Peter Bryant, Holy Spirit Northside Medical Centre, 627 Rode Road, Chermiside, Queensland 4032, Australien.
E-mail: pbryant100@hotmail.com

Interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Safe staffing consultation report. Australian Council for Safety and Quality in Health Care. 2005 www.safetyandquality.org/internet/safety/publishing.nsf/Content/safe-staffing/nov-2007.
2. National code of practice – hours of work, shiftwork and rostering for hospital doctors. Australian Medical Association, 2002. www.ama.com.au/web.nsf/doc/SHED-5G2UUA/nov-2007.
3. Hospital Medical Officers' Hours of Work and Workloads. Australian Medical Association, 2003 www.ama.com.au/web.nsf/doc/WEEN-5Q498Q/nov-2007.
4. Steinbrook R. The debate over residents' work hours. *N Engl J Med* 2002; 347:1296-302.
5. Gaba DM, Howard SK. Patient safety: fatigue among clinicians and the safety of patients. *N Engl J Med*. 2002;347:1249-55.
6. Lumby, J. Qualified, trained nurses can become doctors' colleagues. *Weekend Australian*. Australia: 21 July 2005.
7. Pollard, R. Widening of nurses' role wins state backing. *Sydney Morning Herald*, 12 December 2005.
8. Pollard, R. Wider skills allow for time to scan the big picture. *Sydney Morning Herald*, 12 December 2005.

