

at deres mulighed for at påvirke, hvordan de skal leve op til kravene, er reduceret. 1990'ernes reformer i det svenske sundhedsvæsen blev ikke motiveret af ineffektivitet i den forstand, at man fik for lidt sundhed for pengene. Indikatorerne på sundhedsudviklingen i landet var upåklagelige. Men det var den politiske bekymring for vælgerne fortsatte opbakning til et dyrt system, som mange oplevede som mindre og mindre produktivt og tilgængeligt som udløste reformerne. Ingen tænkte dengang på de ansattes arbejdsmiljø og helbred. Arbejdsløsheden var i top, og sygefraværet i bund. Nu bagefter er sygefraværet i top, der mangler arbejdskraft, og de ansatte klager over smerter i bevægeapparat og psykiske symptomer i en sådan grad, at det er blevet et folkesundhedsproblem.

Det svenske sundhedssystem kæmper altså med præcis de samme problemer som det danske. En svær balancegang mellem at prioritere ulighed og dermed de socialt mest udsatte og alvorligst syge og samtidig prioritere et højt serviceniveau og tilgængelighed for en befolkning, som synes, de har krav på det. Ventetiderne er konstant i politisk fokus, men systemets interne problemer med samarbejdet mellem kommuner, primærsektoren og sygehusene er mindst lige så stort som i Danmark. Efter et tragisk ministermord har psykiatri og levevilkårene for psykisk handicappede været i fokus i de senere år i Sverige. Det burde de måske også være i Danmark. Den store forskel på de to landes sundhedspolitik handler om

forebyggelse. Den tradition for at kombinere forebyggende socialpolitik og sundhedspolitik, inklusive en aktiv lovgivning på alkohol- og tobaksområdet, som både Danmark og Sverige havde før 2. verdenskrig, har Sverige fortsat i dag [5]. Det har medført, at sygdomsbyrden i Sverige i dag er 30% lavere end i Danmark. Tallene i WHO's europæiske folkesundhedsrapport 2005 viser også, at 75% af denne forskel er skabt af tobak, alkohol og stoffer. Det er først og fremmest af denne grund, at den svenske sundhedspolitik fremstår som mere omkostningseffektiv end den danske.

Korrespondance: Finn Diderichsen, Afdeling for Socialmedicin, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet, DK-1014 København K. E-mail: f.diderichsen@socmed.ku.dk

Interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Measuring the health of nations: analysis of mortality amenable to health care. *BMJ* 2003;327:1129-33. Erratum i: *BMJ* 2004;328:494.
2. Rae D. Getting better value for money from Sweden's healthcare system. Economic department working paper 443. OECD, 2005. www.oecd.org/nov2007.
3. Nordisk Statistisk Årbog 2007. København: Nordisk Ministerråd, 2007.
4. Diderichsen F. Market reforms in health care and sustainability of the welfare state: lessons from Sweden. *Health Policy* 1995;32:141-53.
5. Steensberg J. Trafik og alkohol. Dansk forebyggelsespolitik gennem det 20. århundrede set i nordisk perspektiv. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, 2007.

Det engelske sundhedsvæsen set gennem danske lægebriller

Specialist Registrar in General Surgery Sisse Bjørn Olsen

St Mary's Hospital, Imperial College Healthcare NHS Trust, London

Det britiske sundhedsvæsen er et af de få uden for Skandinavien, som er fuldt statsfinansieret og hvor det overordnede princip er, at al behandling i både primær- og sekundærsektoren er gratis for alle patienter. Det er også i det sundhedsvæsen, jeg har tilbragt de seneste 11 år, først som medicinstuderende efter meritoverførsel fra Panum Institutet og siden som yngre læge, nu abdominalkirurgisk 1. reservelæge (*specialist registrar*). Det er på godt og ondt blevet mit andet hjem og et hjem, som har været præget af konstant omstrukturering og forandring.

Det engelske sundhedsvæsen

Det engelske sundhedsvæsen (NHS) er nu finansieret og styret adskilt fra sundhedsvæsnet i Nordirland, Skotland og Wales efter overdragelse af en række ansvarsområder til delstatsparlamenterne i Belfast, Edinburgh og Cardiff. Det sundhedsvæsen, jeg først mødte, da jeg ankom i 1996, var præget af en lang årrække af underfinansiering med relativt lave lønninger for sundhedspersonalet, og yngre læger arbejdede 80-100 timer om ugen. Den overvældende følelse af pessimisme blev hurtigt afløst af håb om forbedringer og fornyelse efter regeringsskiftet i 1997, hvor Labour kom til magten. De seneste ti år er der sket vidtrækkende omstruktureringer og centralisering, men selv om der er blevet investeret kraftigt, er de fleste forhåbninger ikke blevet indfriet.



Et multikulturelt sygehusvæsen

En af de store kontraster mellem det danske sygehusvæsen, som jeg forlod, og NHS er det markante multikulturelle præg, både i befolkningen og blandt hospitalspersonalet. På alle de afdelinger, jeg har været tilknyttet, har lægerne været et mix af briter, andengenerationsindvandrere uddannet i England og udenlandsk uddannede læger.

I årtier har NHS tiltrukket udenlandske læger især fra de tidligere britiske kolonier og har i denne tid været afhængig af disse læger for at fylde de »bundlægestillinger«, som britiske læger ikke har været interesserede i. Tidligere har det været svært at tiltrække læger til almen praksis, så mange af disse job, især i hårdt belastede bydele, er blevet besat af læger fra Indien. Heldigvis er det også lykkedes mange at blive uddannet til speciallæge. De er som oftest blevet velintegreret i den øvrige lægestab og har en høj faglig standard i patientbehandlingen, men det er ikke altid uden problemer. I almen kirurgi (*general surgery*), som har en relativt høj andel af især indisk og pakistansk uddannede læger i både faste stillinger og vikarstillinger, har jeg på første hånd kunne opleve både de positive og de negative aspekter af integration af udenlandske læger. Typisk har kirurger fra Indien og Pakistan haft rig mulighed for at operere og er teknisk meget mere erfarne end deres tilsvarende engelske kolleger. Til gengæld har ikke alle haft adgang til avancerede billeddannende metoder eller højteknologiske behandlinger og er ikke vant til den engelske arbejdsgang med multidisciplinært samarbejde og involvering af patienterne i beslutningstagning. Sproglige og kulturelle forskelle i forhold til patienter og det øvrige plejepersonale skaber også af og til problemer.

Modernising Medical Careers

I de senere år har man set en kraftig forøgelse i antallet af nyuddannede engelske læger og en tilgang af yngre læger fra andre europæiske lande. Dette skabte begrundet frygt for stor arbejdsløshed blandt yngre læger, da struktureringen af speciallægeuddannelsen i år blev omlagt under Modernising

Medical Careers (MMC) [1]. Der skete for første gang en skærpelse med hensyn til arbejdstilladelser for læger fra de tidligere engelske kolonier og andre lande uden for EU. Det førte til stor vrede blandt mange udenlandske læger, som har set sig nødsaget til at tage hjem uden at have færdiggjort speciallægeuddannelsen eller uden at have videre jobmuligheder i Storbritannien. Flere havde investeret tusindvis af pund og flere år af deres liv på at tage engelske adgangseksaminer, få erfaring gennem ubetalte introduktionsophold og uattraktive »bundlægestillinger« for at arbejde i NHS. Samtidig har der været tilsvarende vrede blandt nyuddannede britiske læger over, at andre EU-læger havde lige ret til et faldende antal britiske uddannelsesstillinger. Til trods for disse udfordringer er der ingen tvivl om, at NHS ikke vil kunne klare sig uden de mange tusinde udenlandske læger, der i dag er ansat. Da mit nuværende barselsvikariat på et velanset distriktshospital i udkanten af London skulle dækkes, var der 18 ansøgere, og ingen af disse var uddannet i Storbritannien.

Den nye speciallægeuddannelse

En anden stor udfordring for den engelske lægestand er indførelsen af MMC, den nye ordning for videreuddannelse af læger, som dækker både speciallæger og alment praktiserende læger. Min generation af yngre læger har typisk arbejdet et år i turnus og 2-3 år som reservelæger i forskellige relevante specialer. For at blive optaget på speciallægeuddannelsen på 4-6 år har man i mange specialer måtte bruge 2-3 år på forskning for at tage en toårig »MD« eller en treårig ph.d. Under MMC er det meningen, at uddannelsestiden skal formindskes kraftigt fra det nuværende gennemsnit på 10-14 år til kun 7-10 år. Det er planlagt at øge turnustiden fra et til to år, men derefter skal yngre læger søge direkte ind i et 4-8-årigt uddannelsesforløb, som ender med en speciallægeeksamen. Denne forkortelse af efteruddannelsestiden sker samtidig med, at arbejdstiden bliver nedsat fra 56 timer til 48 timer om ugen i 2009. Især i de kirurgiske specialer har dette skabt frygt for kraftig forringelse af speciallægeuddannelsen

med utilstrækkelig tid til at opnå den nødvendige tekniske kompetence, der kræves for at bibeholde den nuværende høje standard. Der er ingen tvivl om, at det er et fremskridt sammenlignet med de forhold, der herskede, da jeg var nyuddannet i slutningen af 1990'erne, hvor yngre læger var ansat til at arbejde 72 timer om ugen, men gennemsnitligt måtte arbejde ubetalt i yderligere 15-20 timer. Ikke alene var det umuligt at forene med et fornuftigt familieliv, men det førte til udbrændte yngre læger og påvirkede dermed patientsikkerheden. Til gengæld er vi mange, der savner fordelene for både læger og patienter, ved at lægerne, der modtog en patient, var ansvarlige for og fulgte denne under hele indlæggelsesforløbet, samt den team spirit, der blev skabt ved altid at være på døgnvagt med de samme nære kolleger, som nærmest blev ens ekstra familie. Det skifteholdsarbejde, som trådte i stedet, har resulteret i et fald i arbejdstiden, men har også ført til en forringelse af læge-patient-forholdet, hvor en kirurgisk akutpatient nu kan indlægges af et hold, opereres af et andet og modtage videre behandlingen af et helt tredje hold læger. Med en nuværende arbejdsuge på 45 timer plus vagter er det svært for de fleste læger at se, hvordan ekspertiseniveauet blandt nyuddannede speciallæger kan bibeholdes med en så drastisk forkortelse af både arbejdstiden og uddannelsesforløbet.

Konflikten

Frygten for arbejdsløshed og generel utilfredshed med MMC-omlægningerne og den centraliserede elektroniske ansøgningsprocedure, Medical Training Application Service (MTAS), [2-4] i særdeleshed førte til demonstrationer med tusindvis af læger og en velorganiseret kampagne for at få MTAS sløjft og MMC taget op til revurdering. Efter måneders kamp tidligere i år med regeringen på den ene side og lægeorganisationerne på den anden side måtte regeringen endelig erkende et pinligt nederlag, hvorefter MTAS er blevet sløjft, og MMC er taget til revurdering, men dog kommer til at bestå om end med nogle ændringer.

Ved indførelsen af MMC blev flaskehalsen for optagelse i speciallægeuddannelsen flyttet til skiftet fra turnus- til de efterfølgende reservelægestillinger. Dette betød, at både etablerede reservelæger, nyudklækkede turnuslæger og udenlandske læger skulle konkurrere om de samme få uddannelsesstillinger. Truslen om ikke at få plads i de efterstræbte specialer eller at ende i arbejdsløshed førte til, at mange britiske læger udvandrede til især Australien og New Zealand. Andre har helt forladt sundhedsvæsenet og mange, som ellers havde påbegyndt en karriere som hospitalslæge, heriblandt flere af mine yngre kolleger, er nu søgt ind i almen praksis.

Almen praksis

Den nye popularitet i almen praksis er ikke kun et resultat af MMC, men skyldes også en stor forbedring i løn og arbejdsforhold for alment praktiserende læger efter indførelsen af en ny overenskomst i 2004. En ny kontrakt mellem de selvstændige praktiserende læger og den engelske NHS blev indgået for at modvirke manglen på praktiserende læger og forbedre patientbehandlingen ved at yde *payment by results*. Samtidig blev den individuelle pligt til at yde 24 timers primær behandling fjernet. Den nye kontrakt har medført en lønstigning på op til 25% over de seneste tre år til en gennemsnitsløn på 95.000 £. Derudover er der sket vidtrækkende reformer i NHS, hvor størstedelen af sundhedsbudgettet nu bliver tildelt primærsektoren i form af lokale *primary care trusts* [5]. Hver PCT køber herefter de ydelser, der er behov for fra nærliggende hospitaler eller private klinikker, som er i åben konkurrence og modtager betaling pr. behandling. En anden årsag til, at en karriere som speciallæge er blevet mindre attraktiv, er, at den nye overenskomst for hospitalsansatte speciallæger kun har medført en mindre forbedring af lønnen til et gennemsnit på 89.000 £, men samtidig en reduktion i autonomi og jobsikkerhed.

Mit indtryk af det engelske sundhedsvæsen gennem de seneste 11 år har overvejende været positivt. Som dansker er jeg glad for og stolt af at arbejde i et sundhedsvæsen, hvor alle har lige ret til god og gratis behandling. Det er utrolig spændende at arbejde i et så multietnisk og multikulturelt miljø, men også til tider udfordrende og krævende. Hvordan de nuværende sundhedsreformer kommer til at påvirke det NHS, som jeg skal arbejde i som overlæge, er det endnu for tidligt at spå om, men med planer om at overføre meget af den ambulante behandling og dagkirurgien til primærsektoren ved etablering af »poliklinikker« og mulighed for et regeringsskifte ved valget til næste år er der ingen tvivl om, at det er et sundhedsvæsen, som bliver ved med at være kendetegnet af konstant forandring.

Korrespondance: Sisse Bjørn Olsen, St Mary's Hospital, Imperial College Health-care, NHS Trust, London, UK. E-mail: s.olsen@imperial.ac.uk

Interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Modernising Medical Careers www.mmc.nhs.uk/pages/home/ nov 2007.
2. Winyard G. Medical immigration: the elephant in the room. *BMJ* 2007;335: 593-5.
3. Medical Training Application Service www.mmc.nhs.uk/pages/MTAS/ nov 2007.
4. Delamothe T. Why the UK's medical training application service failed. *BMJ* 2007;334:543-4.
5. Primary care trusts www.dh.gov.uk/en/Policyandguidance/Organisationpolicy/Primarycare/Primarycaretrusts/index.html nov 2007.

