

Enter to grow in wisdom



Stud.med. Simon Skibsted Mogensen

12. semester, Københavns Universitet

Ovenstående bevingede ord står på indgangsporten til Harvard Universitys campusområde. Efter mange måneders forberedelse i form af ansøgninger, sprogtester, vaccinationer og det sædvanlige visumbureaukrati var det netop med ovenstående formål, at jeg nu skulle starte et syv måneder langt udvekslingsophold på Harvard Medical School i Boston, USA.

Formålet med dette ophold var ud over det rent faglige at få et nærmere indblik i den berømte undervisningskultur og at stifte bekendtskab med det for danskere lettere uforståelige amerikanske sundhedssystem.

Amerikanske tilstande

Det amerikanske sundhedsvæsen er uden sammenligning det dyreste sundhedssystem i verden. 15% af landets bruttonationalprodukt bruges til sygehusvæsenet, hvilket er næsten dobbelt så meget som i Danmark, hvor det er 8% [1].


Det amerikanske sundhedssystem er fundamentalt anderledes end det danske, både hvad angår finansiering og organisering. Organisatorisk er det amerikanske sundhedssystem komplekst med mange offentlige og private aktører, såsom forsikringsselskaber og sygeforsikringsordninger. USA er dermed det eneste OECD-land, hvor man ikke tilbyder en almen dækning af sundhedsudgifter. Således er et af de bærende principper, at folk, der er i arbejde, og deres familier

er forsikret gennem arbejdspladsen, mens udsatte grupper og ældre dækkes gennem offentlige programmer. Dog er i alt 47 mio. mennesker i USA i dag ikke dækket af nogen form for sygeforsikring og skal dermed selv betale for behandling, hvilket mange ikke har råd til [2]. Disse uforsikrede vil således aldrig komme i nærheden af de moderne og avancerede behandlinger, som tilbydes på hospitalerne, og man kan derfor ikke komme uden om, at der er skabt et A- og et B-hold i USA set i forhold til sundhedssystemet. Herudover bruges ca. 31% af sundhedsbudgettet ikke på egentlig patientbehandling, men på administrative opgaver, hvilket får mange kritikere til at kaldes systemet for håbløst ineffektivt [3].

Det kan måske vække undren, at undertegnede valgte at tage til USA, når man har læst ovenstående beskrivelse af sundhedssystemet der, men det skal ses i lyset af amerikanernes berømte undervisningskultur, der til gengæld kan virke inspirerende for enhver.

Show me a medical student who only triples my work and I will kiss his feet [4]

For at forstå forskellighederne mellem det amerikanske og det danske kliniske lægestudium, må man indse, at der er en mentalitetsforskel af dimensioner. I USA er det en integreret del af lægevirket at undervise. Sagt meget simplificeret er det for en amerikansk læge lige så vigtigt at undervise, som det er at behandle patienter. Det kan virke ekstremt for danske medicinstuderende, der normalt bliver glædeligt overraskede så længe man på en afdeling bare ved, at man skal modtage stu-



Indgangen til Massachusetts General Hospital. Hospitalet har 900 sengepladser og 46.000 indlæggelser hvert år.

derende i klinik! Hvor man i Danmark som studerende ofte får en fornemmelse af at være et irritationsmoment, er oplevelsen en helt anden på de amerikanske hospitaler. For det første er der kun en medicinstuderende på afdelingen. Nuvel, hospitalerne i Boston har mange flere resurser end de københavnske universitetshospitaler, og det er ganske givet svært at reducere antallet af medicinstuderende på danske afdelinger, særligt set i lyset af den akutte lægemangel i Danmark, men det ændrer ikke på det faktum, at indlæringudbyttet er langt større, når man ikke behøver at kæmpe med andre medicinstuderende om at se eller udføre en given procedure.

Således er lysten til at undervise stor, og jeg fik under mine ophold udført mange procedurer, deltog aktivt i behandlingen af patienter m.m.

Ovenstående velvillighed over for de studerende medfører dog også, at der bliver stillet store krav til de studerende. Man skal som minimum være på vagt seks gange om ugen, dvs. også i weekenden. Herudover skal man have mindst to aftenvagter og en nattevagt om ugen ud over de almindelige dagvagter. Det lyder hårdt – og det var det! Jeg har sjældent følt mig så træt, som jeg gjorde under de kliniske ophold. Man spenderede simpelthen næsten al sin vågne tid på hospitalet. Dette medførte dog også, at man fik set mange flere patienter og dermed relativt hurtigere fik set mange positive fund og lært en række procedurer.

I forbindelse med det kliniske kursus bliver man dagligt evalueret. Den pågældende læge, der en given dag har ansvaret for den studerende, skal inden afslutningen af vagten

udfylde et kort evalueringsskema, som bliver brugt i den samlede bedømmelse af den medicinstuderende ved kurssets afslutning.

Denne daglige evaluering medfører bestemt et øget engagement fra den studerendes side. Hvorvidt sådanne daglige evalueringer ville blive accepteret i Danmark, vil jeg lade stå hen i det uvisse. Jeg kan dog konstatere, at det alt andet lige øgede de medicinske studenter aktivitet betydeligt i USA. Ydermere blev jeg meget overrasket over amerikanernes åbne sind. Overalt blev jeg mødt med ægte interesse og en gæstfrihed, der næsten var overvældende. Som eksempel kan jeg fortælle, at jeg efter at have behandlet en patient på skadestuen blev inviteret hjem til middag hos patientens familie, idet de gerne ville høre mere om det lille land Danmark.

At a cardiac arrest, the first procedure is to take your own pulse [4]!

Selve opholdet var tilrettelagt således, at jeg først havde tre kliniske ophold, hver af en måneds varighed, på universitetshospitalerne i Boston, hvorefter jeg brugte de sidste fire måneder på klinisk forskning i akutmedicin på universitetet.

Mit første kliniske kursus var *Emergency Medicine* på Beth Israel Deaconess Medical Center. Som bekendt findes et selvstændigt akutspecialt endnu ikke i Danmark, hvorfor det var yderst interessant at se, hvorledes de amerikanske skadestuer fungerede med speciallæger i akutmedicin. Det første der bliver klart er forskellen i resurser. Der er ingen tvivl om, at man på en amerikansk skadestue har langt flere resurser, end man



har på en almindelig dansk skadestue. Uden at gå ind i den verserende danske diskussion om centralisering af skadestuer, må man erkende, at denne centralisering fungerede i Boston. Mere interessant var det dog, hvorledes man som medicinstuderende blev integreret på afdelingen. Man fik en position i skadestueteamet, og det blev forventet, at man mødte op og tog sin del af ansvaret – under supervision naturligvis.

En anden væsentlig forskel var måden de yngre læger og de medicinstuderende arbejdede på. Hvor man i Danmark om natten er vant til som ung turnuslæge at stå alene med patienter og en bagvagt, der ligger trygt i sin egen seng 30 minutter væk fra hospitalet, var oplevelsen en helt anden i USA. En yngre læge skal altid, inden en diagnose stilles, og evt. behandling iværksættes, præsentere sygehistorien samt objektive fund for den vagthavende speciallæge.

Den yngre læge står således aldrig alene med en patient, men har på afdelingen altid en (ikkesovende) bagvagt, der aktivt deltager i udredningen og behandlingen. Dette giver ikke kun tryghed for den unge læge, men bestemt også for patienten, der således altid bliver set af en speciallæge, når han eller hun kommer ind på f.eks. skadestuen. Den generelle holdning er, at det på ingen måde er sikkert at lade en ung læge stå alene med en akut syg patient uden supervision. Ud over at dette som sagt skaber tryghed for alle parter i forløbet, medfører denne struktur også en uddannelsesmæssig gevinst, idet den unge læge får feedback på sin udredning, diagnose og behandling med det samme af speciallægen og dermed kan inkorporere det lærte i en og samme seance.

I forbindelse med dette kliniske kursus var der ligeledes rig mulighed for at stifte bekendtskab med den såkaldte *mass gathering medicine*, idet hospitalets akutlæger er en del af det medicinske beredskab, hver gang baseballholdet Boston Red Sox (Go Sox!) spiller på hjemmebane på det legendariske Fenway Park. I forbindelse med hjemmekampene er lægerne således på stadium og behandler eventuelle tilskadekomne.

Gentlemen, this is no humbug! [5]

Ovenstående citat proklamerede dr. *Thomas Green Morton* for et undrende publikum i et auditorium på Massachusetts General Hospital, da han i 1846 udførte den første anæstesi med æter. Dette auditorium, der nu er kendt som Ether Dome, findes stadig i dag på hospitalet og anvendes bl.a. til studenterundervisning.

Gennem mit kliniske kursus *Clinical Anesthesia* på netop Massachusetts General Hospital kunne jeg mærke historiens vingesus gang på gang, når jeg med mine medstuderende havde undervisning i netop dette auditorium. Hvilket leder mig til næste glædelige erfaring: Hver morgen i løbet af det

kliniske kursus fik de studerende undervisning i to timer, inden dagvagten startede.

Denne undervisning omhandlede alle tænkelige emner inden for anæstesen og medførte en naturlig integration af undervisning og klinik.

There is no body cavity that cannot be reached with a # 14 needle and a good strong arm! [5]

Mit afsluttende kliniske kursus var *Surgical Critical Care & Trauma* på Massachusetts General Hospital. De samme uddannelsesmæssige principper, som beskrevet ovenfor i de foregående kurser, gjaldt også her. Store dele af kurset blev tilbragt på operationsstuerne. På kurset var der også integrerede *ride-alongs* med Boston Paramedic og Boston Medflight (Helicopter Emergency Service). Således fik man også et indblik i det amerikanske præhospitale beredskab, hvori man ulig det danske ikke anvender læger præhospitalt, men derimod paramedicinere og intensivsygeplejersker.

Hvis ovenstående rejsebeskrivelse har givet læseren et indtryk af, at jeg er imponeret og yderst tilfreds med det amerikanske uddannelsessystem, ja så er det ikke tilfældigt. Der er naturligvis også dårlige sider af systemet, såsom det faktum at uddannelsen koster mange penge og de hårde arbejdstider, der typisk er ca. 80 timer om ugen. Jeg har dog i denne beskrivelse valgt at fokusere på de positive og beundringsværdige sider af systemet, hvilket forhåbentlig kan danne grundlag for inspiration til universitetshospitalerne herhjemme.

Jeg kan på det varmeste anbefale, at man som medicinstuderende eller ung læge tager til USA med henblik på uddannelse. Jeg er gennem mit ophold vokset både fagligt, men bestemt også menneskeligt. Amerikanernes varme og gæstfrie sind gør, at man føler sig velkommen, og endvidere at man relativt hurtigt danner sig et socialt netværk. Herudover finder man et uddannelsessystem, der er et af verdens bedste. Set i lyset af den nye fireårsregel vil jeg bestemt ikke udelukke, at jeg tager min speciallægeuddannelse i USA.

Korrespondance: *Simon Skibsted Mogensen*, Grundtvigsvej 8B, 2-3, DK-1864 Frederiksberg C. E-mail simonskibsted@gmail.com

Interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. The World Health Report 2006 – Working together for health www.who.int/whr/2006/whr06_en.pdf /nov 2007.
2. Income, Poverty and Health Insurance in the United States: 2006 www.census.gov/prod/2007pubs/p60-233.pdf /nov 2007.
3. Woolhandler S, Campbell T, Himmelstein DU. Costs of health care administration in the United States and Canada. *N Engl J Med* 2003;349:768-75.
4. Shem S. The House of God. Black Swan 1985: 390.
5. Porter R. Greatest Benefit to Mankind – A Medical History of Humanity. Norton, 1998:366-7.