

Sundhedssystemet i Canada

Assistant Professor of Surgery, Staff Surgeon
Teodor P. Grantcharov

The University of Toronto, og St. Michael's Hospital,
Toronto, Canada

Canada er verdens næstestørste land og består af ti *provinces* og tre *territories*. Befolkningen er koncentreret i den sydlige del af landet og næsten 77% af de 33 mio. indbyggere bor i de store byer – Toronto, Montreal og Vancouver. Canada er officielt et tosproget land (fransk og engelsk). Ligesom USA er Canada et multietnisk samfund. Cirka 40% af de 6 mio. indbyggere i landets største by Toronto er af anden etnisk baggrund end canadisk.

Sundhedssystem

Ligesom mange andre områder i Canada er sundhedssektoren en mellemting mellem det vesteuropæiske og det amerikanske system. I Canada er alle indbyggere omfattet af en central regeringsstyret sygesikring (Medicare), som ligner den danske sygesikring. Til forskel fra i USA er der ingen uforsikrede patienter, og alle har adgang til landets sygehuse uafhængigt af social og økonomisk status. Alle sundhedsudgifter i Canada, både føderale og provinsielle, er dækket af offentlige midler. Samtidig fungerer al lægevirksomhed (både på hospitaler og på ambulante klinikker) som private virksomheder. Det betyder, at lægerne ikke modtager en fast løn, som vi kender det i Danmark. Lønnen afhænger af den individuelle arbejdsindsats gennem det såkaldte *fee for service*-system, hvor lægen bliver betalt for hver ydelse.

Sammenlignet med i USA er de samlede sundhedsudgifter betydelig lavere, der er ingen personer uden sygesikring, og man observerer ikke forskelle i behandlingskvaliteten afhæn-

gigt af patientens økonomiske formåen. Af de mindre positive sider i det canadiske sundhedssystem kan nævnes: lange ventetider på behandling, begrænsede resurser og et konstant pres for at opnå besparelser.

Lægeuddannelse og videreuddannelse

Lægeuddannelsen i Canada ligner uddannelsen i USA med fire års college og fire års *medical school* (universitet). Til forskel fra i Danmark er lægeuddannelsen ikke gratis – det koster ca. 100.000 kr. om året, så de fleste nybagte læger har betydelig økonomisk gæld, når de starter deres praksis.

Speciallægeuddannelsen (*residency*) er opbygget efter den amerikanske model. De fleste specialer kræver en femårig uddannelsesperiode. Gennem de fem år forventes det, at de yngre læger dedikerer det meste af deres tid til arbejdet og et minimum til familieliv og ferie. I Canada er der ingen tidsbegrænsning på, hvor længe en yngre læge må blive på hospitalet, og en typisk arbejdsuge er ofte på 80-100 timer. Samtidig forventes det, at en kirurgisk reservelæge under ansættelse i en uddannelsesstilling udfører i gennemsnit 1.500 indgreb inklusive komplekse procedurer, som i Danmark typisk er reserveret til afdelingslæger/overlæger.

International Medical Graduates

Canada er det land i verden, hvor det er sværest for udenlandske læger at opnå lægeautorisation. Udenlandske læger er systematisk holdt udenfor, medmindre de kan bidrage med færdigheder, som ikke kan tilbydes af canadiske læger, eller de begrænser deres praksis til geografiske områder med mangel på læger.

Muligheder for danske læger

Canada tilbyder en postgraduat speciallægeuddannelse af





meget høj kvalitet. Gennem de senere år er de såkaldte *fellowships* blevet meget populære i Nordamerika. *Fellowship* er en stilling, der er designet for læger, som har afsluttet deres speciallægeuddannelse og ønsker at opnå kompetence inden for et specifikt område som f.eks. lever/pancreaskirurgi, laparoskopi e.l. Stillingen er typisk af et års varighed med fokus på aktiviteter med uddannelsesværdi frem for på forpligtelser i forbindelse med den daglige drift af afdelingen. Danske læger, som har afsluttet deres speciallægeuddannelse og er interesserede i at opnå supplerende erfaring i specifikke færdigheder, har mulighed for at søge disse *fellowship*-stillinger i Canada.

Arbejdsforhold for læger

Arbejdstiderne i Canada er meget længere end de danske arbejdstider. En arbejdsuge for en speciallæge er på mindst 60 timer (oftest betydelig længere).

På de store universitetsafdelinger forventes det, at alle speciallæger selvstændigt udvikler et forskningsprogram og er aktivt involveret i studenter- og residentundervisningen. Tiden til forskning prioriteres højt, og universiteterne kompenserer økonomisk for den tid, som en læge bruger til forskning og uddannelse. Dette system er unikt for Canada til forskel fra i USA, hvor der er konstant fokus på produktion, hvilket medfører, at forskningsaktiviteterne typisk er henlagt til fritiden.

Personlige erfaringer

Undertegnende har haft ekstraordinært gode erfaringer med det canadiske sundhedssystem. Efter at jeg afsluttede min kursiststilling i Danmark, tog jeg til USA for at gennemføre et *fellowship* i minimalt invasiv kirurgi. *Fellowship* i Nordamerika kan stærkt anbefales til danske læger, som ønsker at fokusere deres kliniske ekspertise og opnå teknisk kompetence på kort tid. Efter to år i USA, hvor uddannelsesmulighederne er exceptionelle, men sundhedssystemet er meget anderledes og svært at tilpasse sig for en europæisk uddannet læge, fik jeg tilbudt en stilling på et af hovedhospitalet i Toronto. På universitetet i Toronto har man igennem de seneste år udviklet unikke muligheder for forskning og klinisk praksis, og det er blevet et af de mest eftertragtede akademiske centre i Nordamerika. Dette har medført, at en række eksperter og unge ambitiøse læger fra verdens ledende institutioner har etableret sig i Toronto. Professionelt har det været yderst tilfredsstillende at arbejde i dette aktive og internationale arbejdsmiljø. Privat har det været en meget spændende og inspirerende oplevelse for hele familien.

Korrespondance: Teodor P. Grantcharov, St. Michael's Hospital, Division of General Surgery, 16 Cardinal Carter Wing – Office 056, 30 Bond Street, Toronto, ON M5B 1W8, Canada. E-mail: grantcharovt@smh.toronto.on.ca

Interessekonflikter: Ingen

Færre magnetisk resonans-skanninger skal reducere omkostninger

Fra professor *Henrik S. Thomsen*, Herlev, har vi modtaget følgende historie til inspiration:

Sundhedsomkostningerne i USA hører til de største i verden. Fra tid til anden hører man, at politikerne ønsker at reducere omkostningerne. En væsentlig faktor for omkostningerne er, hvad de amerikanske Medicare og Medicaid Services beslutter sig for at refundere. Beslutter de sig for at refundere omkostningerne ved en undersøgelse, så sker der en fantastisk udvikling. Tilsyneladende har dette taget overhånd. Man kan nå at blive skannet, inden smerten er væk.

Kongressens budgetkontor er ved at se på dette forhold, idet man ønsker at reducere omkostningerne ved billediagnostik. Lederen af kontoret, *Peter Orszag*, fortalte for nylig U.S. News & World Report om sine egne erfaringer med overflødige skanninger. Det skulle en indenrigs- og sundhedsminister måske lytte til her i garanti-Danmark.

»Selv om *Peter Orszag* stadig er grøn i jobbet som direktør for Kongressens Budgetkontor, er han i fuld

gang med at nedbringe omkostningerne i sundhedssektoren. Han fremstår endda selv som et godt eksempel:

Jeg er løber, og jeg beskadigede mit knæ sidste år, da jeg løb Marinekorpsets maratonløb. Efterfølgende røntgenundersøgelser gav ingen resultater, så min læge foreslog at foretage en magnetisk resonans (MR)-skanning af knæet, som forsikringen ville dække. Det lød jo umiddelbart som en god ide, og jeg skulle ikke selv betale noget. Men da jeg havde svært ved at afse tid til undersøgelsen, stillede jeg min læge et meget direkte spørgsmål: »Hvad er sandsynligheden for, at dette vil ændre på diagnosen?« Lægens svar var: »Temmelig lille«. Jeg spurgte ham igen: »Hvad mener du med temmelig lille?« Han svarede: »Ja, hvis jeg skal svare helt ærligt, vil jeg sige under 1%«. *Orszags* reaktion på dette var, at han ikke ville have foretaget en MR-skanning. Som tiden gik, helede hans knæ.