

2	循内	田宮	あき	男	切開術	松井 和弘	山口 志 実	3	耳鼻	齊藤	良	男	切開術	松井 和弘	山口 志 実	3	耳鼻	齊藤	良	男	切開術	松井 和弘	山口 志 実
5	整形	田宮	あき	男	切開術	松井 和弘	山口 志 実	6	整形	田宮	あき	男	切開術	松井 和弘	山口 志 実	6	整形	田宮	あき	男	切開術	松井 和弘	山口 志 実
8	呼外	江原	幸枝	女	胸壁腫瘍	油井 洋 林 (麻痺)	森 嶋 幸 雄	10	形成	青木	彪雄	男	胸壁腫瘍	油井 洋 林 (麻痺)	森 嶋 幸 雄	10	形成	青木	彪雄	男	胸壁腫瘍	油井 洋 林 (麻痺)	森 嶋 幸 雄
11	泌尿	大塚	清蔵	男	腎臓腫瘍	鈴木 吉 治	鈴木 吉 治	11	泌尿	大塚	清蔵	男	腎臓腫瘍	鈴木 吉 治	鈴木 吉 治	11	泌尿	大塚	清蔵	男	腎臓腫瘍	鈴木 吉 治	鈴木 吉 治
11	泌尿	福澤	俊夫	男	腎臓腫瘍	鈴木 吉 治	鈴木 吉 治	11	泌尿	福澤	俊夫	男	腎臓腫瘍	鈴木 吉 治	鈴木 吉 治	11	泌尿	福澤	俊夫	男	腎臓腫瘍	鈴木 吉 治	鈴木 吉 治
11	泌尿	岡田	美之	男	腎臓腫瘍	鈴木 吉 治	鈴木 吉 治	11	泌尿	岡田	美之	男	腎臓腫瘍	鈴木 吉 治	鈴木 吉 治	11	泌尿	岡田	美之	男	腎臓腫瘍	鈴木 吉 治	鈴木 吉 治
12	婦人	特沼	静子	女	子宮頸子宮全摘術	中堂 敏 吉 治	中堂 敏 吉 治	12	婦人	特沼	静子	女	子宮頸子宮全摘術	中堂 敏 吉 治	中堂 敏 吉 治	12	婦人	特沼	静子	女	子宮頸子宮全摘術	中堂 敏 吉 治	中堂 敏 吉 治
15	形成	井嶋	倫子	女	胸壁腫瘍	高木 康 隆	高木 康 隆	15	形成	井嶋	倫子	女	胸壁腫瘍	高木 康 隆	高木 康 隆	15	形成	井嶋	倫子	女	胸壁腫瘍	高木 康 隆	高木 康 隆
18	眼科	竹田	和弘	男	白内障手術	山口 志 実	山口 志 実	18	眼科	竹田	和弘	男	白内障手術	山口 志 実	山口 志 実	18	眼科	竹田	和弘	男	白内障手術	山口 志 実	山口 志 実
6	整形	松井	武子	女	切開術	井上 七 幸 林	井上 七 幸 林	6	整形	松井	武子	女	切開術	井上 七 幸 林	井上 七 幸 林	6	整形	松井	武子	女	切開術	井上 七 幸 林	井上 七 幸 林

Sundhedsvæsenet i Japan set med en dansk kirurgs øjne

Overlæge Peter Nørgaard Larsen

Rigshospitalet, Kirurgisk Klinik for Gastroenterologi og Transplantation

Sundhedsvæsenet i Japan minder på mange punkter om det danske, men afviger på et par væsentlige punkter. Tætheden af læger i Japan er overraskende betydelig mindre end i Danmark, hvorimod udgifterne til teknologisk udstyr og medicin er væsentlig højere. Af OECD's sundhedsdata fremgår det, at Sundhedsudgifterne i Japan udgør 8% af bruttonationalproduktet mod 9% i Danmark. Det offentlige andel af udgifterne er 81,7% i Japan mod 84,1% i Danmark. Udgifterne pr. person er 13.000 kr. i Japan mod 18.000 kr. i Danmark. Der findes kun to læger per 1.000 indbyggere i Japan mod 3,6 i Danmark. Dette skyldes et for ringe antal uddannelsespladser for medicinstuderende i Japan. Der er ni sygeplejersker pr. 1.000 indbyggere i Japan mod 7,7 i Danmark. Japan har OECD's højeste antal akutsenge 8,2 pr. 1.000 indbyggere mod 3,1 i Danmark. Japan har ligeledes OECD's højeste antal computertomografi- og magnetisk resonans-skannere 92,6 respektive 40,1 pr. 1 mio. indbyggere mod 13,8 respektive 10,2 i Danmark. Japanerne har verdens højeste gennemsnitslevealder, nemlig 82 år for hele populationen mod 77,9 år i Danmark. Den høje levealder skyldes hovedsageligt meget faldende mortalitet for kardiovaskulære sygdomme. Japan har OECD's laveste børnedødelighed 2,8 pr. 1.000 fødsler mod 4,4 i Danmark. Frekvensen af rygere er meget høj i Japan, nemlig 30% af den voksne befolkning mod 26% i Danmark. Frekvensen af sygeligt overvægtige i Japan er 3% versus 11% i Danmark. Alle ovennævnte tal er 2005-værdier [1].

Japanerne betaler selv 30% af udgifterne ved kontakt med sundhedsvæsenet op til et maksimum på ca. 4.200 kr. pr. måned. Fra 70-årsalderen er alle sundhedsydelser gratis. Man kan tegne en sundhedsforsikring, som dækker alle udgifter

ved kontakt med sundhedsvæsenet og tabt arbejdsfortjeneste ved sygdom og ulykke. Den koster typisk 1.500 kr. om måneden.

Japanerne får ikke tildelt en familielæge, sådan som danskerne gør, men må selv opsøge en. Den store mangel på læger i Japan gør, at der ikke kan afsættes ret lang konsultationstid pr. patient.

Jinchi Medical School

Mit første møde med Japan var i foråret 1993, hvor jeg havde fået økonomisk støtte til et tre måneder langt ophold på Jichi Medical School (JMS). JMS er et stort universitetshospital og medicinsk fakultet beliggende 100 km nord for Tokyo i provinsen Tochigi tæt på millionbyen Utsunomiya. Det er et af Japans 84 medicinske universiteter, af hvilke ca. halvdelen er offentlige. Prisen for det ca. seks år lange lægestudie er 150.000 kr. på de offentlige og op til 2,5 mio. kr. på de private universiteter. JMS har den særstilling at være ejet af den japanske stat og er gratis for de studenter, som optages. Hvert år udvælger hver af Japans 48 provinser en række talentfulde studenter til at påbegynde medicinstudiet på JMS på statens regning. Til gengæld er studenterne efter endt studie stavnsbundne til at arbejde i deres hjemprovins i mindst ni år.

På JMS såvel som på de øvrige universiteter er adgangsbilletten et godt karaktergennemsnit fra gymnasiet og bestået adgangseksamen til universitetet. Adgangseksamen er en test i paratviden, men den indeholder også en personlighedsvurdering. De potentielle medicinske kandidater bliver f.eks. sat i grupper rundt om et bord og bliver bedt om at drøfte samfundsproblemstillinger etc.

JMS ligger i landlige omgivelser og er en kæmpe campus med hospitalet beliggende i centrum og de medicinske institutter, sygeplejerskole, kollegier, sygepleje- og lægeboliger, atletikstadion, svømmehal og sportshal beliggende i periferien. Uden om campussen er der opstået et mindre bymiljø.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | JAPAN

Jeg opholdt mig på JMS's almenkirurgiske afdeling med det formål at studere leverkirurgiske teknikker hos professor *Yoshikazu Yasuda*, som jeg havde lært at kende nogle år i forvejen.

Det første kulturchok

Da jeg første gang satte mine ben på JMS følte jeg da også, at jeg var landet på en fremmed planet. Sygehuset var en labyrint af korridorer, kontorer, receptioner, ambulatorier og behandlingsrum. Alle skilte var skrevet med de kinesiske skrifttegn kanji eller de japanske lydalfabeter katakana og hiragana. Intetsteds var der noget, jeg kunne genkende. Det samme gjaldt uden for hospitalet i forretninger og restauranter. Man følte sig virkelig lost, specielt da kun et fåtal af japanerne på hospitalet og uden for beherskede blot et minimum af engelsk. Man fik desuden indtryk af, at japanerne forsøgte at undgå eller ignorere en, hvilket jeg senere fandt ud af skyldtes generthed over deres manglende engelsksprogkunderskaber. Efter det første kulturchok gik der imidlertid sport i at finde rundt på sygehuset, lære kanjitegnene for de forskellige specialer og lære de mest basale japanske ord og sætninger. Jeg lærte, at man skulle gå direkte på japanerne, hvis man skulle opnå deres opmærksomhed. Det magiske ord var *sumi-masen* (undskyld mig). Så snart det var udtalt, havde man den fulde opmærksomhed fra den person, man havde henvendt sig til, selv om det ikke altid lykkedes helt at gøre sig forståelig. Jeg fandt ud af, at japanerne er meget lattermilde, hvilket

var meget forløsende i de potentielt pinlige episoder, hvor vi talte helt forbi hinanden. Den amerikanske film *Lost in Translation*, som gik i biografene for nogle år siden, er faktisk en fantastisk beskrivelse af virkeligheden for udlændingen i Japan og ikke en karikatur, som mange tror.

Kirurgens hverdag

Efterhånden fik jeg indblik i både den yngre og den senere japanske kirurgs arbejdsdag, som typisk gik fra kl. 8.00 til kl. 23.00. Dagen startede med morgenkonference, hvor de yngste læger gjorde rede for de akutte indlæggelser, ikke blot mundtligt, men også med fremvisning af røntgenbilleder på *picture archiving and communication systems* (PACS), laboratorieundersøgelser og endoskopibilleder på projektor. Hvis patienten var opereret, blev der også fremvist skitser af operationen. Herefter blev morgendagens elektive operationspatienter gennemgået på samme måde. De senere kirurger benyttede hele tiden lejligheden til at korrigere og belære de yngre kollegaer. Konferencen kunne let tage op til to timer, og man gav sig virkelig god tid til at diskutere den enkelte patient. Under konferencen var der en konstant udskiftning af personerne i lokalet, idet nogen forsvandt ud til operationer og stuegang, og andre kom ind med nye informationer til konferencen. De eneste faste figurer under hele konferencen var de mest senere læger. Noget af det, som slog en, var, at flere læger og studenter sad rundt omkring med lukkede øjne og bukkede hoveder, tilsyneladende i dyb søvn, noget som



Billeder fra
Jichi Medical School.

Tre trætte skandinaviske kirurger afslutter en 14-timers-arbejdsdag med en tur i en af de talrige varme vulkanske kilder.



herhjemme ville blive betragtet som uhøfligt, men blev de spurgt om noget, kunne de som regel prompte svare relevant. De lukkede øjne dækkede tilsyneladende over en slags meditationstilstand som til fulde accepteredes af omgivelserne.

Stuegangen mindede om vores stuegang. Alle journalnotater og operationsbeskrivelser blev dog selv skrevet ind i journalen af lægerne. Sekretærer til denne opgave fandtes ikke. Operationerne blev som hovedregel udført af de yngre læger superviseret af de seniøre. Operationerne blev udført i et adstadigt tempo og var derfor meget langvarige og trak for canceroperationernes vedkommende ofte ud til sent på aftenen. Rent fagligt var patientbehandlingen helt i top, men man bemærkede, at patienterne var betydelig længere indlagt end i Danmark, f.eks. kunne en ukompliceret appendicitis-patient ligge i op til en uge. Dette gav en dårlig udnyttelse af sengekapaцитeten. Man bemærkede desuden et overforbrug af medicin, specielt antibiotika. Der blev afholdt aftenkonference kl. 20. Igen var det påfaldende, så god tid man tog sig til at diskutere den enkelte patient. Man skulle ikke lige som os i Danmark nå det hele til kl. 15.30. Dagen sluttede som regel kl. 23, og da var det ikke usædvanligt, at man sammen tog på restaurant og fik natmad og et par store fadøl, også selv om man havde kone og børn derhjemme. Ovenstående arbejdsforløb gjaldt mandag til fredag. Dem, der ikke havde vagt på sygehuset i weekenden, arbejdede som regel på et privatsygehus lørdag, og søndag kunne man så endelig hygge sig med familien.

Dette ekstreme arbejdsskema er tilsyneladende typisk for en kirurg i Japan. Der er ingen tvivl om, at de yngre læger, som jo ofte ikke har familiære forpligtelser, på denne måde

får en fantastisk god uddannelse, både teoretisk og praktisk. Undervisning er virkelig i højsædet, og der er rigelig tid til det i modsætning til herhjemme. For de seniøre læger er det mere problematisk set fra et familiært synspunkt, og der er tilsyneladende et oprør i gang mod denne arbejdsform, idet færre og færre ønsker at gå ind i det kirurgiske speciale. Det afspejler sikkert også, at andelen af kvindelige læger har været kraftigt stigende i de senere år. Der er nok ingen tvivl om, at udviklingen går mod et mere vesterlandsk system, men implementeringen af dette afhænger bl.a. af, om der generelt bliver uddannet nogle flere læger i Japan pr. år. Lignende problemer findes i andre specialer, men i knap så udtalt grad.

Jeg kan varmt anbefale et kortere eller længere studiebesøg i Japan. Det er en fantastisk oplevelse både fagligt, personligt, kulturelt og ikke mindst kulinarisk. Siden mit første ophold i 1993 er jeg vendt tilbage til Japan igen ca. 20 gange. På min afdeling har vi nu et velfungerende udvekslingsprogram med JMS og Fukuoka Universitet, specielt mellem læger, men nu også mellem medicinstuderende og sygeplejersker.

Korrespondance: *Peter Nørgaard Larsen*, Kirurgisk Klinik for Gastroenterologi, Rigshospitalet, DK-2100 København Ø.
E-mail: peter.noergaard.larsen@rh.regionh.dk

Interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. OECD Health Data 2007. Statistics and Indicators for 30 Countries.
www.oecd.org/health/healthdata/okt2007.

