



27. november 2008/mpk

Vedr. udenlandske operationsteams

Dansk Medicinsk Selskab takker for Sundhedsstyrelsens henvendelse vedr. rekruttering af udenlandske operationsteams.

DMS må fraråde anvendelsen af udenlandske operationsteams ud fra følgende præmisser:

Anvendelsen udenlandske operationsteams vil gå stik imod principperne omkring de samlede patientforløb.

De udenlandske kirurger i mobile operationsteams, som de har været beskrevet i dagspressen mv., vil i sagens natur hverken kunne tale dansk ved ankomsten til Danmark, ej heller have tid til at lære det, inden de skal i arbejde på en given kirurgisk afdeling. Dette medfører så, at man vil være nødt til at adskille den diagnostiske procedure fra den kirurgiske behandling.

En adskillelse af den diagnostiske procedure og den kirurgiske behandling vil være en alvorlig kæp i hjulet på et sammenhængende patientforløb. Sammenhængende patientforløb er en væsentlig forudsætning for kvaliteten og effektiviteten i sundhedsvæsenet, og for at tilliden mellem behandler og patient kan etableres.

Det vides, at fejlslagen kommunikation mellem læge og behandler udgør en ikke uvæsentlig del af patientklagesager, og det må antages, at mængden af sager, hvor der opstår tvivl om kommunikationen om risici, prognose mv. vil øges, såfremt man indfører ordninger med udenlandske operationsteams, hvor den diagnostiske og den operative proces adskilles.

Et andet væsentligt aspekt af de manglende dansk kundskaber hos de udenlandske læger på kortvarige ophold vil endvidere være samarbejdet med det øvrige personale i sundhedsvæsenet. Man går naturligt ud fra, at patienterne ikke vil kunne kommunikere med de udenlandske læger pga. sprogforskellene. Det samme kan sagtens gøre sig gældende for fx lægesekretærer, der skal skrive operationsbeskrivelser samt for operations- og anæsthesisygeplejerskerne. Problemet vil ikke blive mindre af, at de udenlandske teams evt. selv medbringer sygeplejersker. Der skal dog også kommunikeres med patienten på operationsgangen, og patienten skal efter operationen overdrages til andet (dansktalende) plejepersonale.

De kommunikationsproblemer, der kan opstå i ovenstående scenarie forekommer at være særdeles ressourcekrævende og en alvorlig og unødvendig fejlkilde i forhold til patientbehandling- og sikkerhed, problemer der må forventes langt at overstige den gevinst, man kan kunne regne med at få ved at indføre en sådan ordning.

Tankerne om indførelse af udenlandske operationsteams tager desuden ikke højde for den omstændighed, at en kirurgisk behandling er meget andet end selve det operative indgreb. Den kirurg, der også har set, diagnosticeret og kommunikeret med patienten inden selve indgrebet har langt bedre mulighed for at give en behandling med så få komplikationer og så god en prognose som muligt. Der er engelske publikationer undervejs, der dokumenterer, at indførelsen af udenlandske operationsteams på det ortopædkirurgiske område har medført en øgning i antallet af re-operationer, et fald i antallet af fungerende proteser mv.¹ Udsigten til at udsætte patienterne for sådanne øgede - og helt unødvendige risici - synes også at gå stik imod de kvalitetssikringstiltag, der finder sted i det danske sundhedsvæsen i disse år.

Det må endvidere forventes, at de udenlandske lægers midlertidige status og deres fraværende dansk kundskaber vil have en negativ indvirkning på den krævede dokumentation af patientbehandlingen. En hjørnesten i kvalitetssikringen i det danske sundhedsvæsen er indberetning til de kliniske databaser, hvor de opererende kirurgers indberetninger er særdeles væsentlige bidrag. Såfremt dette skal kunne fortsætte uhindret, vil der altså skulle afsættes ressourcer til at sikre, at de udenlandske kirurger på kortvarige ophold får foretaget korrekte indberetninger. Dette synes ikke at være en rationel arbejdsgang.

Det skal også påpeges, at forskningsaktiviteten på afdelinger med udenlandske mobile operationsteams meget vel kan falde væsentligt som følge af adskillelsen af de lægelige arbejdsgange, som beskrevet ovenfor, samt den omstændighed, at de udenlandske læger er på et kortvarigt ophold og dermed ikke får den tid i og tilknytning til afdelingen, som er en forudsætning for at forskningsprojekter kan gennemføres. En forringelse af vilkårene for den kliniske forskning på de kirurgiske afdelinger synes således at kunne være en uheldig effekt af indførelsen af mobile operationsteams.

DMS finder desuden, at indførelsen af udenlandske operationsteams med danske læger som visitatorer vil medvirke til en særdeles ringe udnyttelse af den eksisterende lægelige ekspertise i det danske sundhedsvæsen. Det er en bekostelig affære at uddanne en speciallæge i det danske sundhedsvæsen, og det forekommer derfor irrationelt at ville indskrænke deres virke i visse sammenhænge til at fungere som visitatorer og kontrollanter for udenlandske speciallæger, der har opereret patienten, men som ikke kan kommunikere med denne.

¹ Gordon Bannister MD MChOrth FRCS Ed (Orth) et al., *Early Complications of Total Hip and Knee Replacement: A comparison of outcomes in a regional orthopaedic hospital and two Independent Sector Treatment Units.*

PJ Kempshall MRCS et al., *Review of Kinemax Knee Arthroplasty Performed at NHS Treatment Centre Weston Super-Mare.*

Det antages tilsyneladende, at de nuværende kapacitetsproblemer, som evt. søges afhjulpet, har sin primære baggrund i mangel på læger, der kan operere. Dansk Medicinsk Selskab ønsker imidlertid at påpege, at en ikke uvæsentlig del af problemstillingen sandsynligvis ikke skyldes manglende kirurger, men derimod en u hensigtsmæssig anvendelse af de eksisterende lægelige ressourcer.

Situationen er i dag er den, at læger i alt for høj grad skal varetage administrative rutineopgaver mv. i stedet for det patientnære arbejde, som de er uddannet til. Alt for mange timer i en arbejdsuge går med alt muligt andet end, i dette tilfælde, at diagnosticere og operere patienter.

Opgørelser fra OECD vedr. beskæftigelse i sundhedsvæsnet i 12 nord- og vest-europæiske lande tyder på, at rationen mellem lægeligt og andet (ikke sygeplejefagligt) personale i Danmark er lavere end i de lande, vi almindeligvis sammenligner os med².

Det kunne således være gavnligt at overveje, om det ikke ville være mere rationelt fx at ansætte mere administrativt personale til at varetage netop administrative opgaver frem for at lade disse opgaver udføre af væsentligt dyrere akademisk uddannet personale. En tilførsel af administrativt personale vil på udgiftssiden endvidere sandsynligvis sagtens kunne konkurrere med introduktionen af udenlandske operationsteams på en given kirurgisk afdeling.

En bedre udnyttelse af de allerede nu tilstedeværende ressourcer kunne desuden være at åbne for muligheden for indgåelse af særaftaler om overarbejde/ekstra arbejdsindsats med det eksisterende personale. En sådan mulighed ville møde stor velvilje hos de involverede parter og ville være en langt mere effektiv og hurtig øgning af kapaciteten på de danske kirurgiske afdelinger i sammenligning med en tids- og ressourcekrævende introduktion af udenlandske mobile operationsteams.

Man må desuden også kalkulere med, at en indførelse af udenlandske operationsteams vil øge afgangsen af speciallæger fra den offentlige til den private sektor. Som højt specialiseret fagperson vil man sandsynligvis finde det demotiverende at skulle afstå fra den operative del af behandlingen til fordel for de ikke-dansk talende kirurger fra de mobile operationsteams.

Dansk Medicinsk Selskab anbefaler således, at man i stedet for at indføre udenlandske operationsteams ser på mulighederne for en mere rationel anvendelse af den allerede eksisterende lægelige arbejdskraft i det danske sundhedsvæsen.

Endnu en væsentlig problemstilling ved indførelse af udenlandske operationsteams er den lægelige videreuddannelse. Det er vigtigt at holde sig for øje, at den kirurgiske oplæring i høj grad sker ved at den yngre læge arbejder sammen med den ældre og erfarne kirurg. Muligheden for dette vil blive reduceret, såfremt operationsstuerne i et vist omfang vil være optaget af udenlandske operationsteams.

² Notat af Jes Søgaard Notat om beskæftigelse af sundhedspersonale i 12 nord- og vesteuropæiske lande af 12. november 2008. Der er visse definatoriske problemer omkring de enkelte landes betegnelser for personale i sundhedsvæsnet.

Såfremt man havde tænkt, at de udenlandske kirurger skal indgå i oplæringen af danske kirurger, skal det her bemærkes, at der er velbeskrevne krav til vejledere og til lærings- og evalueringemetoder i den lægelige videreuddannelse, som man næppe kan forvente, at de udenlandske kirurger kan nå at sætte sig ind i, endsige deltage i, da deres funktion netop skulle være at operere, intet andet. Indførelsen af udenlandske operationsteams kan således medføre en forringelse af udannelsen af kommende kirurger i det danske sundhedsvæsen. En eventuel midlertidig afhjælpning af nogle driftsmæssige problemer på kort sigt i det danske sundhedsvæsen kan altså medføre betydelige og langvarige problemer for det samme sundhedsvæsen på længere sigt.

DMS understreger, at der i ovenstående punkter ikke ligger nogen nedvurdering af evt. udenlandske kirurgers faglige kvalifikationer. Der tages udelukkende stilling til det u hensigtsmæssige i at placere udenlandske kirurger i kortvarige, løsrevne sammenhænge i det danske sundhedsvæsen.

Med venlig hilsen

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'J. Michael Hasenkam', written in a cursive style.

J. Michael Hasenkam
Formand for Dansk Medicinsk Selskab