

Sverige har en hel del att lära av engelsk sjukvård

Sjukvården i England har en mycket hög medicinsk kvalitet, antagligen en av de högsta i världen. Samtidigt utför läkarna mer patientarbete än i Sverige. Sverige har en hel del att lära av engelsk sjukvård – precis som England har en hel del att lära av svensk sjukvård, t ex när det gäller standard på sjukhuslokaler, samarbete mellan olika personalkategorier samt hygienfrågor. Det är författarens erfarenhet efter nästan tre års arbete som överläkare i nefrologi vid barnsjukhuset Great Ormond Street Hospital (GOSH) i London.

KJELL TULLUS

MD, PhD, FRCPC, Consultant Paediatric Nephrologist, Great Ormond Street Hospital for Children, London
tulluk@gosh.nhs.uk

Den grundläggande skillnaden mellan svensk och engelsk sjukvård är organisatorisk. Systemet i England är uppbyggt kring allmänläkare, GP (general practitioner). En annan skillnad är kulturell. Mycket inom sjukvården, liksom i hela det engelska samhället, påminner om hur det var i Sverige för 30–40 år sedan. Det gäller bland annat personalens status, löner, attityder och standard på lokaler.

Var och en som bor i England har en GP, och denna GP har hög status av att vara någons husläkare. Engelsmännen betraktar GP som »sin läkare«, och detta gäller oavsett om man också har kontinuerlig kontakt med specialistläkare.

På många håll verkar GP-systemet fungera mycket bra, även om det på sina håll, precis som i Sverige, är brist på allmänläkare. GP-systemet är dock en bra bas för att lösa de problem som inte hör hemma inom den högspecialiserade sjukhusvården.

Mer byråkratisk läkemedelsförskrivning

Ur svensk vinkel kan systemet verka lite byråkratiskt. När det gäller läkemedel är principen denna: GP skriver ut alla läkemedel till patienten, inte specialistläkaren. Vi specialister får inte skriva ut medicin, inte annat än för en kort period av två veckor. GP i sin tur får inte skriva ut medicin för mer än en månad i taget. Det ställer stora krav på att GP och specialistläkaren har en fungerande kommunikation, men det förhindrar sannolikt en del av det medicinslöseri som finns i Sverige.

Läkemedelskostnaderna i England blir också lägre på grund av att man här

använder läkemedlens generiska namn, aldrig läkemedelsbolagens benämningar. Det anses obildat och är något som bara okunniga läkare gör. Apoteken väljer sedan den för dagen billigaste produkten. Det kan dock vara förvirrande för patienterna. Man kan t ex ibland få höra: »Jag skulle vilja ha de där tabletterna som jag fick förut. De var bättre när jag skulle dela dem, för de hade en skåra.«

Engelska läkare betraktar läkemedelsindustrin med större skepsis än läkare i Sverige. Jag har ännu inte träffat någon representant för industrin. Själv har jag här sökt pengar från läkemedelsbolag till ett vetenskapligt projekt. Då varnade mina kolleger mig för att bli för involverad – mutad.

Brevledes rapportering till GP

GP-systemet fungerar så att jag efter varje besök av en patient måste diktera ett utförligt brev till dennes GP. Brevet ska innehålla en beskrivning av patientens tillstånd och vård samt ordination av mediciner. Att skriva dessa brev tar en stor del av arbetstiden och bidrar till ett stort pappersflöde, men breven har många fördelar. Jag tvingas till eftertanke och till att motivera mina tankegångar för kolleger och annan personal som är inblandad i patientens vård. En kopia av brevet skickas till alla läkare involverade i barnets vård.

Sedan förra året är det stadgat i lag att en kopia av brevet också ska sändas hem till patienten. Fördelarna med detta är att patienterna och, i mitt fall, deras föräldrar kan kontrollera att de har uppfattat medicineringen korrekt och samtidigt få en påminnelse om och en motivering till mina bedömningar. Givetvis kan det finnas medicinska termer i brevet som är svåra att begripa, men dessa kan de fråga mig eller GP om. Vetskapen om att

brevet ska läsas även av familjen tvingar mig att använda ett begripligt språk.

Breven fungerar också som en viktig journalhandling vid sidan av »notes«, dvs journalanteckningar som är handskrivna (och alltså delvis oläsliga).

Nefrologiavdelningen är hårt belastad

Avdelningen för nefrologi vid Great Ormond Street Hospital har plats för 16 svårt njursjuka barn. Intill vår avdelning finns avdelningen för barnurologi med 18 platser.

Vår avdelning är ytterst hårt belastad. Sjukhusets primära upptagningsområde består av norra delen av London samt ett stort område norr om huvudstaden. Patienter med vissa specifika sjukdomar kommer från hela Storbritannien och även från utlandet. Det gäller exempelvis barn med allvarlig hypertoni orsakad av njurartärstenos. Samtliga patienter på GOSH kommer på remiss från andra barnsjukhus. Sjukhuset har ingen akutmottagning. Eftersom sjukhuset har många vårdplatser, ca 350, har vi givetvis många internremisser. Ofta finns det lika många barn med njurproblem på andra avdelningar på sjukhuset som på vår egen avdelning. Det innebär att arbetet är mycket intensivt under de veckor som man som överläkare har ansvar för avdelningen. Men samtidigt som arbetet är krävande är det också otroligt stimulerande.

Sjukare patienter på avdelningen

Många av våra patienter på avdelningen är så sjuka att de i Sverige definitivt skulle vårdas på intensivvården. För att barnintensivvården på GOSH ska ta emot dem krävs det att de är i behov av respirator. Det innebär att vi själva hämtar nytransplanterade barn från operationssalen utan att de får passera en uppvakningsavdelning. På vår avdelning vårdas de i små och trånga »cubicles«.

Det ställer givetvis stora krav på avdelningens kompetens. Personalen är mycket van vid svåra problem med vätskebalansen. Nytransplanterade barn kan ibland producera 40 ml/kg/timme i urin, så det gäller att hänga med. Vi sköter också den postoperativa vården av dessa barn inklusive dränage etc. För mig kändes det litet ovant i början, men man lär sig.

Trångt och slitet

Det mest iögonfallande för en svensk är de gamla, spartanska, slitna och smutsi-

ga sjukhuslokalerna i England. Många av dem är »viktorianska«, dvs från 1800-talet. Vår avdelning är inte så gammal, men den är trång och ofunktionell och uppfyller långt ifrån dagens svenska krav på god hygien och arbetsmiljö. Många ytterst svårt sjuka barn delar på ett fembäddsrum. Det är otänkbart att föräldrar skulle kunna övernatta hos sina barn. Den personliga integriteten är näst intill obefintlig. För den som är van vid svensk sjukvård känns detta främmande.

Min bedömning är att vår avdelning på GOSH omedelbart skulle stängas om den var belägen i Sverige – om inte annat skulle den dömas ut av yrkesinspektionen. Ändå vill jag betona att patienterna får mycket professionell och kvalificerad vård och omsorg här.

Ekonomiska satsningar på sjukvården

En annan avgörande skillnad när det gäller pågående förändringar i svensk och engelsk sjukvård är samhällsekonomin. England har god ekonomi, och landets labourregering satsar på sjukvården liksom på skolor och andra delar av den ofentliga sektorn. Hela denna sektor lider av bristen på investeringar efter regeringen Thatchers medvetna nedskärningspolitik.

Finansminister Gordon Brown har nyligen preciserat planerna för de kommande åren. Anslagen till den offentliga sjukvården (National Health Service, NHS) ska på tre år öka med 7,1 procent per år. Det innebär en ökning från 69 miljarder pund i år till 92 miljarder pund år 2007.

De stora bristerna i landets sjukhusbyggnader är därför på gång att rättas till. Stora renoveringsprojekt pågår, t ex på GOSH. Den nuvarande fasen av detta arbete är beräknad att kosta 312 miljoner pund! (Som jämförelse kan nämnas att Astrid Lindgrens barnsjukhus för fem år sedan kostade drygt samma summa – i kronor räknat.) Dessa 312 miljoner pund finansieras med knappt en tredjedel från sjukhusets egna fonder, staten bidrar med 75 miljoner pund och resten, 123 miljoner pund, ska sjukhuset dra in genom olika välgörenhetsarrangemang.

Ingen vit rock

Hittills har jag inte sett en enda läkare i England iförd vit rock. Arbetsuniformen för oss män är kostym, och kvinnorna har ofta dräkt. Sköterskorna på avdelningarna bär givetvis sina uniformer. De är utformade så att man tydligt kan se deras rang. Olika färger på kläder och bälten (som i judo) innebär olika status.

Till och med på sjukhusens vuxenakuter arbetar underläkarna i privata kläder. Som svensk läkare kan man sakna den vita rockens stora fickor. I brist på

dessa fickor bär de kvinnliga läkarna med sig stora handväskor. Väskorna hänger på axeln, och när de böjer sig över en patient dinglar den fram. Det ser både komiskt och ohygieniskt ut. Som ni säkert vet har Storbritannien stora problem med MRSA och andra multiresistenta sjukhusbakterier.

Annan arbetsorganisation

Arbetet på avdelningen är organiserat på ett sätt som man i Sverige skulle betrakta som gammaldags. Men det är mycket effektivt och verkar kräva färre sköterskor i tjänst. Som överläkare har man nästan uteslutande kontakt med översköterskan. Hon är givetvis med på storrorden och vidareförmedlar besluten till de övriga sköterskorna. Översköterskan är otroligt kunnig och har »järnkontroll« på avdelningen. Nackdelen är givetvis att man här går miste om lagarbetet och samarbetet med andra personalkategorier, som ofta finns i Sverige.

Här finns också ett antal »clinical nurse specialists« med sina ansvarsområden. Det gäller hemodialys, peritonealdialys, transplantation, plasmabyte etc, och med dem har vi ett nära samarbete i team. Dessa sköterskor är ytterst duktiga, och avdelningen är självklart helt beroende av deras kompetens.

När det gäller det psykosociala arbetet har vi ett mycket starkt team. Deras insatser behövs verkligen. Teamet för vår avdelning består av en heltidsterapeut (»counsellor«), psykolog, familjeterapeut, lektare, lärare och socialarbetare. De gör ett mycket bra arbete för att stödja familjer med svårt sjuka barn. Problem som barnmisshandel och sexuella övergrepp är tyvärr vanligare här än i Sverige.

Högre produktivitet

Att jämföra läkarnas produktivitet i England och Sverige är inte lätt. Men jag vågar sticka ut hakan och säga att läkarna i England utför betydligt mer patientarbete än läkarna i Sverige. Det beror bland annat på hur arbetet leds och organiseras samt på personalens kvalifikationer.

På mina förmiddagsmottagningar har jag möjlighet att ta emot 10 patienter, men oftast kommer fler. Jag har dock satt ett tak vid 14 patienter. Det är många fler än vad jag hade på en förmiddag i Sverige. Patienterna här är ändå betydligt sjukare än mina svenska.

Hur går det här ihop? Själv tror jag att man i Sverige inte till fullo utnyttjar personalens kompetens och arbetstid. Vi har t ex avsevärt färre möten här i England. Det gäller inte bara för mig utan också för min klinikchef, som bedriver minst lika mycket sjukvård som vi andra. Samma sak gäller andra personal-

kategorier. Det svenska sättet med ständiga samråd och att allting ska diskuteras på många olika möten har ännu inte nått hit. Den engelska arbetsdagen blir sammanhängande, och det är till fördel för patienterna, vården och produktiviteten.

Bra specialistutbildning

Utbildningen till underläkare är betydligt längre i England än i Sverige. Å andra sidan kan man direkt därefter söka en överläkartjänst med en uttalat stor självständighet. Här finns inga avdelningsläkartjänster eller biträdande överläkartjänster.

Den som vill bli barnläkare arbetar först ett år som »house officer« (liknande en AT-tjänst). Sedan är det dags för två års arbete som »senior house officer«. De flesta arbetar dock tre år för att samla meriter. I slutet av denna tid ska man bli godkänd i tre mycket svåra examina. Om man klarar dessa prov är man berättigad till inträde i Englands barnläkarförening. Det är inte alla som klarar proven, och det innebär att underkända aldrig får bli överläkare! Deras karriär slutar i en lägre sidoordnad tjänst.

Efter åren som »senior house officer« går man vidare till att vara »registrar« i ett antal år, oftast fem år för den som vill bli subspecialist. Specialistutbildningen varar alltså oftast i åtta år.

Regelbunden granskning

Sjukhusen som utbildar underläkare granskas regelbundet av olika myndigheter och instanser; en av de mest engagerade är barnläkarföreningen. Representeranter för föreningen intervjuar alla underläkare, och resultaten sammanställs i listor med krav på förbättringar av utbildningsmiljön. Om ett sjukhus inte rättar till felen förlorar det rätten att utbilda underläkare! Vid förra inspektionen fick GOSH kritik för att sjukhuset inte hade sett till att alla »registrars« hade fått ut sina avtalsenliga årliga sex (!) veckors studieledighet.

Unga underläkare

Underläkarnas genomsnittsålder är mycket lägre än i Sverige. De börjar ofta sina medicinstudier vid 18 års ålder, i Skottland inte sällan vid 16 års ålder. Det innebär att de fortfarande är unga när de efter fem års studier börjar som underläkare. Det är som i Sverige för ett par decennier sedan. Det har givetvis både fördelar och nackdelar.

Underläkarna är mycket receptiva och engagerade. Jobbet står i deras fokus; de flesta har ännu inte bildat familj. Även om vissa av dem fortfarande givetvis är ganska naiva är den stora majoriteten av dem som jag har mött mycket duktiga. ➤

I England ingår underläkarna i avdelningens arbete på ett helt annat sätt än i Sverige. De finns alltid i tjänst på avdelningen och har delvis andra arbetsuppgifter än i Sverige. De utför en hel del av det arbete som i Sverige sköts av sjuksköterskor. De flesta blodprov tas av »senior house officers«. De sätter också alla dropp. Det pågår för närvarande en diskussion om denna arbetsfördelning. Det tar givetvis mycket tid från läkarsysslorna, men det har också sina fördelar. Underläkarna kommer närmare patienterna och får stor erfarenhet av manuellt arbete. All planering av vården, inklusive att boka operationstider, narkostider, röntgen och annat, sköts av »registrars«.

Årliga utvecklingssamtal

Alla läkare i England har årliga utvecklingssamtal med sina chefer. Dessa samtal är betydligt mer formaliserade än i Sverige, kanske litet mer byråkratiska. Inför varje utvecklingssamtal har man med sig en pärm, där man under året har dokumenterat vad man har utträttat. Mitt senaste utvecklingssamtal med min chef pågick i två timmar. Vi gick igenom mina arbetsuppgifter, område för område, och talade om vad jag hade utträttat, och vi planerade nästa års arbete.

Dessa utvecklingssamtal är även formellt viktiga. Resultatet av dem skickas till GMC (Englands läkarregistreringsmyndighet). De ligger där till grund för en regelbunden granskning av om läkarna uppfyller kraven för att ha kvar sin legitimation. Den görs vart femte år.

Lönerna är högre

Lönenivåerna i England är ungefär som i Sverige för många år sedan – innan vår kraftiga löneminskning började. Här finns inte någon individuell lönesättning utan lönen följer löneklasser, som förr i Sverige. Det finns dock ett visst lönetillägg, »excellens«, som arbetsgivaren ger anställda som anses ha gjort sig förtjänta av det.

Även erfarna sjuksköterskor tjänar bra. Den högsta sköterskelön jag har hört talas om ligger på närmare 50 000 pund om året, dvs en bra bit högre än i Sverige.

Privatpatienter med fri prissättning

Precis som före Sjukvårdsreformen i Sverige kan läkarna öka sin lön påtagligt genom att ha privatpatienter – på arbetstid. Hur mycket kollegerna tjänar extra varierar stort: Från att fördubbla sin årslön till att inte ha någon privatpatient alls. Prissättningen är fri, men vanligen betalar dessa patienter 150 pund för nybesök och 90 pund för återbesök.

Tunga läkarorganisationer – skråväsende

I England är det obligatoriskt att vara

medlem i läkarnas organisationer för att ha tillstånd att arbeta. Medlemsavgifterna är mycket höga. Jag betalar sammanlagt närmare 25 000 kronor om året i medlemsavgifter och försäkringar, som är nödvändiga för att kunna arbeta här.

Avgiften till Royal College of Paediatrics and Child Health, som bland annat ansvarar för examineringsproceduren som krävs för arbetet som överläkare, kostar 375 pund per år. Årsavgiften till the General Medical Council, som för register över läkare som har rätt att arbeta i England, är 290 pund. Till det kommer medlemskap i BAPN, dvs föreningen för barnnefrologi, som kostar 50 pund om året och i the Renal Association, likaledes 50 pund. Medlemskapet i British Medical Association (BMA), dvs fackföreningen, kostar ungefär som i Sverige – ett antal tusen kronor.

Ansvarsförsäkringen kostar 904 pund om året för barnläkare. Kolleger som arbetar i en »riskspecialitet« som obstetrik och som har en stor privatmottagning får betala närmare 50 000 pund om året!

Känslan av skråväsendet förstärks också av hur underläkarna titulerar sig i skrift. De kallar sig aldrig bara senior house officer eller registrar utan de är SHO eller registrar till sin överläkare. Det betonar relationen av gesäll/mästare mellan underläkare och överläkare. Jag tycker att det är positivt för det betonar att läkare är ett yrke där kunskaper förs vidare från äldre till yngre.

Doktorsavhandling inte lika viktig

Som bekant har England en stark forskningstradition med många Nobelpristagare. Därför är det oväntat att forskarutbildningen vid GOSHs högspecialiserade sjukhus inte betonas mer. Vid svenska universitetssjukhus finns en helt annan tradition.

Här betonas det kliniska arbetet mest. Alla läkare inser att det tar många år att bli en fullfjädrad kliniker. De som tänker sig en klinisk karriär vill därför inte »slösa bort« för många år på forskning. Den som vill disputera kan välja mellan en MD, som ofta tar två år, eller en PhD som tar tre år. Sedan skriver man sin så kallade viva.

När man presenterar sin avhandling sker det i en mycket liten grupp, som består av endast två opponenter och, möjligen, handledaren. Det finns inga krav på publicerade arbeten. Det som bedöms är vad man har utträttat och lärt sig – inte vilka resultat man har fått. En doktorand kan därför passera sin disputation utan ett enda publicerat pek.

Under avhandlingsarbetet deltar doktoranderna hela tiden i det kliniska arbetet. De har regelbundna mottagningar,

deltar i jouten och går med på ronder, allt för att fortsätta utvecklas som kliniker. Löneläget för en läkardoktorand skiljer sig avsevärt från det svenska. En äldre underläkare som forskar får ungefär 40 000 pund i årslön, med jourersättning ca 50 000 pund, dvs sammanlagt ca 675 000 kronor. Det är en årslön för en svensk doktorand att drömma om!

Kunskaperna hos de kliniska professorerna i England är avsevärt större än hos dem som jag har träffat i Sverige. I England är de ofta de kliniskt mest kunniga inom sitt område – precis som det var i Sverige för 30 år sedan.

Fördelarna överväger nackdelarna

Det finns stora brister i engelsk sjukvård (precis som i svensk sjukvård). Men det finns ännu mer som är bra, och det gör arbetet här mycket stimulerande. Om någon av er funderar på att pröva kan jag varmt rekommendera det.

England har brist på läkare, inte minst i specialiteter som psykiatri, laboratoriemedicin, patologi samt viss kirurgi. National Health Service erbjuder mycket goda villkor för dem som vill pröva på under två år. Department of Health, Shaz Mahboob, vet mer om det.

För er som kan tänka er att arbeta här kommer jag i nästa nummer av Läkartidningen att ge en beskrivning av hur det är att flytta till England och bo här. •