

Sundhedsudvalget
Christiansborg
1240 København K



Den 16. oktober 2008

Til Sundhedsudvalget.

Der har for nyligt været presseforlydender om, at der i Sundhedsudvalget er flertal for at etablere en ordning med at hyre hele behandlerhold fra Indien. Ordningen skulle have til hensigt at reducere ventelisterne på de danske hospitaler og er angiveligt blevet foreslået under Sundhedsudvalgets nylige besøg i Indien. Det fremgår endvidere af presseomtalen, at behandlerholdene skulle opholde sig i Danmark nogle måneder ad gangen.

I sin tale ved Folketingets åbning d. 7. oktober nævnte statsministeren, at "vi vil tiltrække mere arbejdskraft" og "vi vil tiltrække kvalificeret sundhedspersonale fra udlandet", og statsministeren har muligvis her tænkt på de forslag, der har været fremført fra Sundhedsudvalget.

Dansk Selskab for Høfte- og Knæalloplastik (DSHK) vil på denne baggrund gerne kommentere forslaget om indhentning af hele behandlerhold fra udlandet, som det er fremgået af pressen. Vi er bekymrede for de konsekvenser, som gennemførelsen af forslaget vil have for de danske patienter og sundhedsvæsenet. Bekymringerne er grundet i erfaringer fra Storbritannien, hvor man har lignende ordninger. Desuden er vi skeptiske over for forslaget på grund af de konsekvenser, som man kan frygte, at en gennemførelse af projektet vil have. Endeligt mener vi, at der er andre og mere bæredygtige løsninger på de aktuelle problemer i det danske sundhedsvæsen, som vedrører høfte- og knækirurgi.

Gennemførelse af Sundhedsudvalgets forslag kan medføre, at

- antallet af reoperationer pga. komplikationer forøges 2-15 gange i forhold til det normale
- der efter 3 år kun vil være 78% fungerende knæproteser mod normalt mindst 97%
- den normalt høje grad af specialisering i det danske sundhedsvæsen forringes
- sammenhængen i patientforløb forstyrres
- uddannelsespotentialer tabes
- der skubbes kvalificerede kirurger fra det offentlige til det private sundhedsvæsen

Vi vil nedenfor kort argumentere for disse udsagn.

1. Erfaringer med udenlandske behandlerhold i Storbritannien.

Vi ønsker med fremdragelsen af nedenstående undersøgelser ikke at udlægge udenlandske kirurger som teknisk eller akademisk dårlige, men vi ønsker at påvise svagheder ved organiseringen. Det er vores overbevisning, at adskillelsen af det tekniske indgreb (operationen) fra patientkontakten, fra vurderingen af operationsbehovet og fra den efterfølgende kontrol af resultatet medfører en betydelig udvanding af ansvar og engagement, som igen medfører uacceptable behandlingsresultater.

Det engelske sundhedsvæsen har siden etableringen af det offentlige, statsfinansierede sundhedsvæsen National Health Service (NHS) i 1948 bestået af NHS samt den private sektor, som omfatter private hospitaler samt privatpraktiserende speciallæger. Langt størstedelen af speciallægerne i den private sektor har siden 1948 samtidig været speciallæger/overlæger i NHS, hvor de har haft såkaldte substantielle konsulent-poster (overlæger).

På grund af problemer med ventetider i NHS samt vanskeligheder med at overholde erklærede servicemål indførte den engelske regering i 2002 såkaldte *Independent Sector Treatment Centres* (ISTC) med det primære formål at reducere ventetiderne for patienter i NHS. ISTC er under NHS-ledelse, men personalet er som afgørende forskel oftest korttidsansatte udenlandske læger.

Der har fra lægelig side været rejst kritik af indførelsen af ISTC, og der har verseret rygter om dårlig behandlingsstandard samt et stort antal komplikationer. Dette har medført at den engelske kirurg-sammenslutning Royal College of Surgeons har iværksat en stor undersøgelse (audit) af resultaterne i ISTC'er sammenlignet med resultaterne i NHS. Undersøgelsen blev annonceret i oktober 2007, men egentlig dataindsamling er først påbegyndt i juni 2008, og der forventes en endelig rapport i september/oktober 2010. Der foreligger på nuværende tidspunkt intet resultat fra denne store landsdækkende undersøgelse.

Der har fra to ortopædkirurgiske NHS-afdelinger været gjort forsøg på at sammenligne resultaterne af ISTC-behandlinger med resultaterne af NHS-behandlinger. Disse studier skal kort gennemgås.

Fra Bristol er resultaterne for hofte- og knæproteseoperationer opgjort i et manuskript, der aktuelt er under vurdering til international publikation. Der blev udført 733 operationer på ISTC 1 og 153 operationer på ISTC 2, mens man på NHS-afdelingen i Bristol udførte 1754 operationer. ISTC 1 var hovedsagligt bemanded med svenske kirurger, som var i England på 1-2 ugers ophold. ISTC 2 var bemanded hovedsagligt af en enkelt tysk kirurg med assistance af kirurger fra andre EU-lande på kortere ophold. Efter hofteproteseoperationer udført på ISTC 1, ISTC 2 og NHS blev der udført henholdsvis 1,4%, 9,0% og 0,6% reoperationer pga. komplikationer. For knæproteseoperationernes vedkommende var antallet af reoperationer på henholdsvis 1,9%, 8,0% og 1,0%. Antallet af reoperationer var altså for den bedste ISTC ca. 2 gange antallet i NHS, og antallet for den dårligste ISTC var 15 gange antallet i NHS.

Fra Cardiff har man studeret en lignende serie operationer udført på en ISTC. Der blev udført 258 knæproteseoperationer på ISTC bemanded med vekslende svenske læger. Efter 3 år havde 64% af patienterne det godt, mens 36% havde det dårligt, og 22% af patienterne havde indenfor 3 år efter operationen på ISTC måttet have endnu en operation på knæet. Dette skal sammenlignes med en hyppighed af reoperationer i andre serier på maksimalt 5%. Denne undersøgelse fra Cardiff er som Bristol-undersøgelsen aktuelt under vurdering til international publikation i specialtidsskrift.

2. Betydningen af specialisering

Den ortopædiske kirurgi har udviklet sig kraftigt over de sidste få årtier. Den generelt høje behandlingsstandard, der findes i Danmark såvel som i de lande vi gerne sammenligner os med, er baseret på en meget høj grad af subspecialisering. Vi er efterhånden kommet dertil, at der er generel enighed om, at f.eks. knækirurgi kun bør udføres af speciallæger, der er erfarne i knækirurgi. Dette kan synes oplagt, men det er ikke nødvendigvis tilfældet, at man i korttidsansættelser vil være i stand til at kontrollere og opretholde graden af specialisering.

3. Sammenhængende behandlingsforløb

Forholdet mellem en patient og den behandlende læge er baseret på gensidig tillid, respekt og åbenhed. Desuden er kontinuitet en essentiel ingrediens og forudsætning for førstnævnte. Det er vigtigt, at den læge, der tilbyder en patient en kirurgisk behandling, også er den læge, der kommer til at udføre behandlingen, og at det er den samme læge, der ser patienten ved efterfølgende kontroller. Kun derved sikres det, at der kan gives kvalificeret og balanceret information om behandlingen, dens forventede resultater og dens mulige komplikationer, og at resultaterne af behandlingen til fulde kan forstås. Disse forhold er baggrunden for dele af *Lov om patienters Retsstilling*.

Det er inden for de sidste få år blevet obligatorisk for sygehusene at gennemføre en kontaktpersonordning, og dette er resultatet af en erkendelse af behovet for sammenhæng i patientforløb. Vi finder det bekymrende, at der nu synes at være strømninger, der går imod disse gode principper.

4. Tab af uddannelsespotentialer

Lægemanglen på de danske sygehuse er et faktum. Der er ubesatte stillinger på mange afdelinger, og på nogle offentlige sygehuse er man endog kommet i den situation, at man ikke er i stand til at tilbyde behandling af almindelige lidelser.

På fagområdet for hofte- og knæprotesekirurgi forventes det, at antallet af operationer vil fordobles i løbet af de næste 8-10 år. Der bliver derfor behov for fokuseret uddannelse af speciallæger i disse operationstyper, og vi finder det betænkeligt, at en del af uddannelsespotentialer i disse behandlinger forsvinder.

Såfremt man i Danmark ikke vedvarende er i stand til at varetage uddannelse af et tilstrækkeligt antal kirurger må man frygte en betydelig skævvridning af sundhedsmarkedet med sociale konsekvenser til følge. På længere sigt kan dette true den frie og lige adgang til knæ- og hoftekirurgi.

5. Fortrængning af læger fra den offentlige til den private sektor

Det er i debatten blevet fremført, at “man behøver ikke at kunne tale dansk for at operere danskere”, og at “de, der kan tale dansk så kan undersøge patienterne før operationerne” (citatene er muligvis ikke ordret korrekte, men meningen er gengivet som fremført i pressen). Man forestiller sig muligvis, at en større del af de ambulante forundersøgelser vil blive lagt over på dansktalende kirurger, mens ikke-dansktalende kirurger skal operere. Dette vil utvivlsomt føre til betydelig utilfredshed blandt offentligt ansatte, dansktalende kirurger og vil bidrage til personalebevægelsen fra den offentlige til den private sektor, hvilket vil medføre en endnu dårligere udnyttelse af det offentlige produktionsapparat.

Sammenfattende mener vi, at indhentning af korttids-behandlerhold vil medføre

- forringelse af behandlingsstandarden medførende flere komplikationer
- en ringere grad af sammenhæng i behandlingsforløbene
- tab af uddannelsespotentiale
- yderligere pres på personalebevægelsen fra offentligt til privat regi

Ud over disse argumenter, er der naturligvist yderligere argumenter f.eks. vedrørende etiske aspekter i at hente personale fra f.eks. Indien til Danmark, men vi ønsker ikke at blande os i denne diskussion.

Adskillige af ovenstående argumenter mod korttidsansættelser af udenlandske behandlerhold kunne rettes mod udbud af offentlige operationer til den private sektor. Der er dog den afgørende forskel, at størstedelen af kirurger i den private sektor samtidig opretholder en overlægestilling i offentligt regi. Vi må dog fastholde, at det også for offentlige behandlinger i privat regi er afgørende, at det sammenhængende patientforløb bevares, og at man ikke slækker på kravet om en høj grad af subspecialisering. Der må derfor stilles krav om dokumentation for relevant subspecialisering og kvalitet.

Vi er klar over, at man fra politisk hold bliver nødt til at tænke på utraditionelle løsninger i forsøget på at klare de stigende ventelister. Man skal dog holde sig det klart, at ventelisterne ikke alene skyldes forårets konflikt, men at der også for hofte- og knækirurgiens vedkommende er tale om en reelt stigende efterspørgsel af behandlinger.

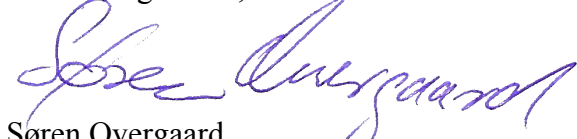
En varig og langsigtet løsning må nødvendigvist sigte mod uddannelse af sundhedsfagligt personale i Danmark. Dette kunne f.eks. ske gennem fokuseret specialuddannelse i stil med de engelske fellowships. Herudover er der gode erfaringer fra Sønderjylland med rekruttering af speciallæger fra f.eks. Tyskland, hvor man har haft overproduktion af speciallæger indenfor ortopædkirurgien. Disse læger ender typisk i permanente stillinger.

En løsning på kortere sigt kunne være en bedre udnyttelse af de eksisterende behandlingsmuligheder i offentligt regi. Den nylige sparerunde i regionerne har bestemt ikke ført til øget aktivitet, og der er en stor uudnyttet produktionskapacitet på de danske offentlige og private hospitaler. Vi vil langt foretrække at disse muligheder til fulde udnyttes, før de mere tvivlsomme og fantasifulde løsninger tages i brug.

Vi mener, at argumenterne mod korttidsengagement af udenlandske lægehold er overbevisende, og med den foreliggende dokumentation vil det ikke være i danske patienters bedste interesse.

Såfremt Sundhedsudvalget skulle ønske dokumentation for de fremførte argumenter vil vi gerne forelægge denne dokumentation.

Med venlig hilsen,



Søren Overgaard
Professor, overlæge, dr.med.

Formand for DSHK
Formand for Danske Hoftealloplastikregister

Odense Universitetshospital
Sdr. Boulevard 29
5000 Odense C



Anders Odgaard
Overlæge, dr.med., klinisk lektor, FRCS

Bestyrelsesmedlem DSHK
Bestyrelsesmedlem Dansk Knæalloplastikregister

Århus Universitetshospital, Århus Sygehus
Tage-Hansens Gade
8000 Århus C