



## «Amerikanske tilstander»

University of Texas Medical Branch i Galveston, Texas representerer et annerledes utdanningssystem og en annen døgnrytme enn ved norske sykehus. Sykehuset er en internasjonal arena med stram disiplin, lav lønn for underordnede leger, hierarkisk maktstruktur, uvante oppfatninger om hygiene, og misunnelsesverdige forskningsforhold. Pasientene mottar sykehustjenester så å si uten ventetid, men avhengig av betalingsevne. Til forskjell fra Norge er mange av pasientene enormt overvektige og mange er innsatte. Hadde man kunnet ta det beste fra norsk og amerikansk helsevesen og glemme resten, ville vårt helsevesen blitt nær perfekt.

Flere norske leger som tenker på spesialistutdanning, bør vurdere å ta den i USA.

Spalten Brev fra... leser jeg aldri, det er noe av det kjedeligste jeg vet. Dessuten har jeg ikke tid.

For det første – klokken seks må jeg gjøre full maskinsjekk, trekke opp medikamenter og kontrollere fiberoptikken i bronkoskopet. Tre kvarter senere er det obligatorisk morgenforelesning og kvart over sju skal pasientene være på operasjonsstuen. De som ikke er for syke eller for fete, får skubbe seg over på operasjonsbordet selv, så fester vi monitoren og innleder narkose. Pasientene er sikkert like søvnige som meg. Dagkirurgipasientene har ankommet hospitalet samme morgen, ofte etter flere timers biltur, og de inneliggende pasientene er gjerne blitt vekket til blodprøvetaking klokken fire og deretter tre ganger til i løpet av studentenes morgenvisser.

Resten av dagen oppholder jeg meg stort sett på operasjonsstuen hos mine pasienter, avløst av kolleger til en og annen pause. Det daglige operasjonsprogrammet styres med fast hånd av anesthesiavdelingen, og kirurgen må være på stuen før hver narkose innledes. Er jeg heldig, slipper jeg ut omtrent halv fem for å gjøre preoperativ vurdering av neste dags pasienter. Det er sjelden mindre enn 12, av og til



University of Texas' segl: *Disciplina praesidium civitatis* – Det dannede sinn, demokratiets beskytter

mer enn 14 timers arbeidsdag. Femdelte vakt og fri dagen etter vakt. Slik går dagene – fort.

Hvordan havnet jeg her? Hvorfor valgte jeg å gjøre min spesialistutdanning (residency) i anestesi ved University of Texas Medical Branch (UTMB), Galveston, når jeg kunne ha tjent 3–4 ganger så mye hjemme og hatt langt bedageligere arbeidstid? Var jeg på rømmen fra skattefuten? Svaret er at jeg kunne ikke motstå utfordringen. En slik sjanse til godt strukturert spesialistutdanning ved et velrenomert amerikansk universitet ville neppe komme igjen, og jeg ville sikkert ikke ha orket slitet om jeg hadde fått tilbudet senere i livet. Dessuten trives jeg på en internasjonal arbeidsplass med mennesker fra mange folkeslag og kulturer.

Forskning står like høyt i kurs her som



Galveston Beach. Dette bildet utgjør omslaget på UTMBs brosjyre for spesialistutdanning i anesthesiologi. Stranden langs Mexicogolfen ligger bare et steinkast unna universitetet. Riktignok har man som «resident» sjelden tid til å ferdes der, det er dessuten forbudt å gå med sykehusklær utenfor sykehuset... Foto John Glowczwski, UTMB

den står lavt i kurs i Norge, bare ved min avdeling er det ansatt fire professorer i fulltids forskerstilling. Universitetet har opprettet et eget sekretariat til fri disposisjon for folk som vil søke midler. Selv kom jeg hit i 1995 for å forske i ett år, det ble tre. I løpet av de fem og et halvt år vi har bodd her, har også seks andre norske leger hatt forskningsopphold her. Selv om det i praksis er lite tid til forskning som «resident», kan man være med på andres prosjekter, og ny viten tilflytter oss stadig på morgenmøtene.

Lønnen er 36 000 dollar per år, fast takst. Ingen helge- eller høytidstillegg, ingen nattillegg, ingen ekstravakter. Seks ukers svangerskapspermisjon for mor ved fødsel. Hvorfor så mange arbeidstimer, hvorfor så mye slit? Noe av svaret ligger i tradisjonen, noe i en seiglivet oppfatning av legen som en slags helt, plassert høyt over vanlige menneskers behov for hvile, i strid med sunn fornuft og vitenskapelige funn. Men noe av svaret ligger også i at vi får langt mer gjort og blir bedre leger av å være mer til stede, se flere pasienter, sylte oss ned i faget for å si det slik. Kanskje er dette den eneste måten å bli slike leger som folk bør ha krav på?

Nå vet jeg mer om hva «amerikanske tilstander» innen helsevesenet er. Er man velbeslått, behøver man ikke bekymre seg, for enten har man råd til å betale eller så dekker forsikringen utgiftene. Den lavere middelklasse blir imidlertid flådd til skinnen når de blir syke – og vel så det. «Til pass for dem når de ikke hadde mer vett på å legge seg opp penger før...» Men de fattigste av de fattige – de får alt og mer til gratis. Her finnes veldedighet og gratis pleie på frivillig basis som nordmenn bare måpende kan misunne amerikanerne!

### Det går mest i cowboystøvler på operasjonssalen – og en og annen skyter

Globale forholdsregler (universal precautions) er strengt praktisert, og tilsier kontinuerlig bruk av hansker samt munnbind ved all pasientkontakt og ved all gjøren og laden i nærheten av operasjonssalene. På den annen side – her er det vanlig å stå og operere i de samme cowboystøvlene som man kom ridende til sykehuset i, og senere gå visitt – fremdeles i de samme støvlene – og paradere blodflekker og annet som måtte

ha samlet seg på tuppene. Videre er det vanlig å møte opp i sykehustøy om morgenen, bære det hele dagen, inn og ut av operasjonssalen og andre steder, og til sist stikke innom dagligvarebutikken på vei hjem i det samme tøyet. Denne underlige bruk av sykehustøy skyldes kanskje at garderobeplass her er en stor vits, så det kan være vanskelig å praktisere på annen måte. Det viktigste er vel at man har klær på. For ikke å snakke om lange falske negler med sinnrik design, de er tilsynelatende tillatt overalt. Disse ulike oppfatninger om hva som er god hygiene har mange ganger fått meg til å stusse og tenke at vi tar sikkert like feil på begge sider av Atlanteren. Mye av det vi gjør for å forhindre infeksjon er fullstendig overflødig, mens andre ting vi absolutt burde ha gjort syndes det mot – i begge leirer.

Sykehuset i Galveston har ansvaret for alle innsatte i statsfengsler i Texas. Og i en stat der en av 12 innbyggere sitter innesperret (!), forstår man at dette er et stort og fengslende pasientmateriale. I tillegg til de daglige kjevebrudd er det ofte langtkomne, interessante tilstander som kommer fra bakmurene til det spesialbygde fengselssykehuset nord på universitetsområdet. Bak en unnselig brun dør i 4. etasje skjuler det seg først en vaktstasjon og to automatiske gitterporter, deretter en 200 meter lang korridor, to gitterporter til, en ny vaktstasjon og en låst ståldør før man er inne på sengepostene. Etter ytterligere en ståldør og en korridor med bevæpnede vakter kan man treffe pasienten, alltid under minst seks øyne. Når innsatte skal på operasjonsbordet, låses ikke fotlenken opp før de er i narkose, og for spesielle fanger er det kontinuerlig to bevæpnede vakter i hvite papiroveraller inne på operasjonsstuen – med rikelig åpning revet ut i overallsen til pistolhylseret.

Etter hvert blir dette et daglig skue, og det blir uproblematisk å forholde seg profesjonelt og medmenneskelig til innsatte pasienter – hvorfor de sitter inne, vet jeg stort sett lite eller ingenting om. En konsekvens av at fanger i staten Texas er garantert helsetjenester (mens befolkningen for øvrig ikke er det), har bl.a. gitt seg utslag i at en fange på dødscelle (death row) fikk hjertetransplantasjon her mens han ventet på sin endelige skjebne i den elektriske stol.

### Kvarttonnere ikke uvanlig

En av de mer pikante sidene ved arbeidet er når vi må anestesere



«Old Red», universitetets eldste bygning fra 1891 der tusenvis av medisinstudenter har fått og fremdeles får sin utdanning, ligger side om side med den nyeste poliklinikkbygningen. Galveston havn i bakgrunnen. Foto UTMB

pasienter på 250 kilo. Det finnes altfor mange smellfete mennesker i Galveston, det virker nesten som om de sedimenterer nedover USA og samler seg opp langs kysten. Fiberoptisk intubering i sittende stilling av våkne pasienter på grunn av «fete» luftveier er ikke uvanlig. Mens vi står og strever med å få ned skopet og forsøker å unngå at pasienten faktisk spiser det (flere av de eldre skopene har tyggemerker) oppmuntrer vi: «You are doing just fine, honey, just fine!»

### Medisinsk etikk – eller juristikk

Ved nesten ethvert valg av prosedyre eller behandling utfordres våre kliniske avgjørelser ved å stille spørsmålet: Hvordan ville du forsvare konsekvensene av denne avgjørelsen i en rettsal? Å sette juridiske hensyn foran medisinske virker på meg ganske sykt, selv om det til tider gir et nyttig perspektiv og virker beskyttende for pasienten. Men en del pasienter går åpenbart glipp av gode behandlingstiltak på den måten. For det kunne jo kanskje, teoretisk sett skje noe uheldig som følge av eller samtidig med en gitt prosedyre, dermed kan man bli saksøkt. Texa-



I forskningslaboratoriet. Selv om bildet er arrangert, er personer og utstyr autentisk, jeg vet det for jeg var der selv (andre fra venstre). Forskningsmulighetene ved UTMB er gode, mer enn gode nok til å trekke til seg flere norske forskere hvis virke, miljø og resultater Norge med sin forskningspolitikk dermed går glipp av. Foto John Glowczwski, UTMB

nere er kjent for å være svært lette på avtrekkeren, både med revolveren og når det gjelder det å fremme søksmål. Jeg kan gi flere triste eksempler.

På den annen side, behandling gis der den trengs, og når den trengs. Ved vårt sykehus kan en ubemidlet person legges inn med brystmerter og ustabil angina pectoris om morgenen, få utført angiografi samme ettermiddag og bypassoperasjon dagen etter. Nesten for kort ventetid til at de får summet seg. Aldri ser vi langtkomne lyskebrokk, katarakter eller hoftedeledsdegenerasjon som i Norge får oss til å vri oss i skam over vårt helsevesens sendrektighet og såkalte venteliste-

garantier. På samme tid virker det som pasienter her i mindre grad er kasteballer mellom sykehusene – med mindre de ikke kan betale for seg, da. Da havner de nemlig hos oss.

Postoperativ smertelindring har såvidt jeg forstår bredere aksept og blir bedre praktisert her enn i Norge. Oppfatninger om at smertelindring skaper stoffmisbruk hører jeg ikke. Her finnes forståelse for tilvenning og aksept for avhengighet som en nødvendig konsekvens av behandling av intraktable smerter.

### Hvordan planlegge spesialistutdanning i USA?

Om to år er jeg ferdig anestesilege, etter til sammen fire år i spesialistutdanning. Innbakt i det første året er ett års turnustjeneste, obligatorisk for alle som har sin embetseksamen fra utlandet. Obligatorisk er også bestått US Medical Licensing Examination, embetseksamen, administrert gjennom Educational Commission for Foreign Medical Graduates. Også amerikanere som har studert medisin utenfor USA må gjennom disse nåløyene, inkludert engelsktesten! For landsmenn som vurderer å ta spesialistutdanningen i USA, anbefaler jeg å finne disse kontoernes websider og lese om kravene – og prisene.

Å komme inn ved et amerikansk «residency» koster noe tid og penger, og en del lesing. Denne embetseksamen består nå av tre tester, to teoretiske (på datamaskin) og en praktisk prøve. Det er lang responstid (2–3 måneder) på skriftlig henvendelse til Educational Commission for Foreign Medical Graduates. Prøvene må tas med visse forutbestemte mellomrom, og prøveresultatene kommer etter ytterligere åtte uker. Man har imidlertid gode sjanser for å komme i mål basert på den norske utdanningen.

gen. Er noen interessert i å vite mer om Galveston, nås jeg på [gelgjo@utmb.edu](mailto:gelgjo@utmb.edu). Det ville være hyggelig om det blir flere av oss her. Noe må man imidlertid tåle, f.eks. et hierarki som er mer vertikalt og rigid enn i Norge. Gammeldags, ja. Til hinder for nyvinninger, vel, til dels. Samtidig ligger de i front når det gjelder mange prosedyrer og mye utstyr. Men først og fremst er en amerikansk spesialistutdanning en *solid* investering. Utdanningen skjer innenfor rammene av et fireårs ferdig strukturert program, organisert og drevet av en akkreditert spesialistavdeling, som regel ved universitetssykehus. Deler av utdanningen kan skje ved andre sykehus (spesialsykehus), da alltid som ledd i det planlagte program. Det er velsett å stå løpet ut innenfor sitt program, og noe uvanlig å bytte til andre sykehus eller programmer.

Valgte jeg riktig, var det verdt det? For å svare stiller jeg meg tre spørsmål: Ville jeg ha valgt det samme om igjen? Gleder jeg meg til å gå på jobb når jeg står opp om morgenen? Ville jeg anbefalt dette til min beste venn? Svaret er ja på alle spørsmålene. Dersom vi kunne bringe med oss det beste fra amerikansk helsevesen og blande det med det beste i det norske, ville i hvert fall vår del av helsevesenet kunne gjøres markert bedre. Men det kreves mer enn ett menneske for å få til slike endringer. For hvordan skulle det gå om jeg kom hjem til Norge og talte varmt om å starte arbeidsdagen for assistentleger klokken seks og holde på til halv sju eller åtte? For noe tull! Nei, Brev fra... leser jeg som sagt aldri.

*Geir Ivar Elgjo*

*gelgjo@utmb.edu*

Department of Anesthesiology  
University of Texas Medical Branch  
301 University Boulevard  
Galveston, TX 77555-0591  
USA