

Knekirurgisk fellowship i London

I mange land er det vanlig at man etter endt spesialisering i kirurgifagene tilbringer et år eller to som «fellow» for å fordype seg i en gren av spesialiteten. Det finnes ikke noen liknende ordning i Norge, men det er ingenting i veien for at norske kirurger kan reise utenlands på et «fellowship».

Per-Henrik Randsborg
phrandsborg@yahoo.no

Jeg begynte som «senior knee fellow» ved Guy's & St. Thomas' Hospitals i august 2013. Jobben fant jeg på hjemmesidene til National Health Services (NHS). Jeg søkte på ti stillinger uten engang å få en bekrefteelse på at søknaden var mottatt før jeg plutselig fikk en e-post om å komme til intervju tre dager senere.

Jeg var på hytta i Norge, så det ble et sprakende telefonintervju fra en knaus der det var dekning nok. Men jeg fikk jobben! De hadde nemlig aldri hatt en fellow fra Norge før.

Det var selvsagt en fordel at jeg allerede hadde fått min norske spesialitet godkjent i Storbritannia. Dette gjøres av General Medical Council og koster omkring 400 pund. Det er en relativ omfattende papirmølle, men hjemmesidene (1) og det elektroniske søknadsskjemaet er brukervennlig. Fri flyt av arbeidskraft innen EØS gjør at man ikke må ta noen eksamen.

Guy's & St. Thomas' Hospitals

Sykehuset ligger midt i London. Det består av to sykehus som er slått sammen til ett foretak. St. Thomas' Hospital ligger vis-à-vis Big Ben og Westminster, på den andre siden av Themsen. Det er som mye annet i London ganske gammelt, muligens fra 1173 (2). Mange kjente leger har jobbet her, men mest kjent er nok en annen helsearbeider – nemlig Florence Nightingale (3).

All traumatologien er lagt til St. Thomas', mens det elektive er lagt til Guy's Hospital, som ligger inntil Londons nye signaturbygning The Shard ved London Bridge. Guy's ble stiftet i 1721 av Thomas Guy, som hadde gjort seg rik på å selge billige bibler (4). Sykehuset var ment som et slags asyl for de uhelbredelige pasientene som ble skrevet ut fra St. Thomas' Hospital. På området ligger også King's College School of Medicine og verdens høyeste sykehusbygning, Guy's Tower. Den ble bygd i 1974 og er 143 meter høy med 34 etasjer.

I gangene på Guy's Hospital føler man at man virkelig står på kjempenes skuldre –

her jobbet Thomas Addison, sir Astley Paston Cooper, Alexander Fleming og Thomas Hodgkin og pussig nok poeten John Keats og filosofen Ludwig Wittgenstein (!) (5).

Clinical fellow

Jobben som «clinical fellow» innebærer rett og slett å lære å operere. Jeg hadde svært lite elektiv knekirurgisk erfaring da jeg kom hit, men jeg hadde minimumskravet til kneproteser fra Kongsvinger sykehus. Hoveddelen av spesialiseringen min er fra Akershus universitetssykehus, der jeg for det meste ope-

«Hvis jeg kunne endre én ting i det norske helsevesenet, måtte det være å sørge for at legene følger opp sine egne pasienter på poliklinikken»

rer frakturer. Jeg var med andre ord ganske grønn, men det er jo litt av poenget.

Jeg opererer tre dager i uken og har poliklinikk de to andre dagene. Jeg ser pasientene både før og etter operasjonen, og det går bare et par uker fra pasienten søkes inn til vi opererer. Det er tilfredsstillende å se pasientene sine gjennom hele behandlingsforløpet. Hvis jeg kunne endre én ting i det norske helsevesenet, måtte det være å sørge for at legene følger opp sine egne pasienter på poliklinikken. Det burde vært en selvfølge, men i store avdelinger med mange leger og kompliserte vaktlister er det unntaket heller enn regelen. Men det får de til i London.

Jeg jobber for fire ulike kirurger, som har hver sin operasjonsdag. To driver hovedsakelig med bløtdelskirurgi, to med protesekirurgi. På operasjonsdagene ser jeg alle pasientene om morgenen. Pasienten og jeg signerer en samtykkeerklæring der inngreps art, formål og vanlige komplikasjoner

er spesifisert. Det er en viktig sikkerhetsrutine for å forhindre feilinngrep eller at feil kne blir operert, noe det er en reell fare for på et sykehus der man setter inn over tusen proteser i året. Ingen trilles inn på operasjonsavdelingen før dette er i orden.

Hver dag går enten jeg eller assistentlegen en liten visitt. Det er sjelden mer enn ti knepasienter innlagt, ettersom bløtdelspasientene som regel håndteres som dagkirurgi. Turnuslegen bruker deretter resten av dagen på å følge opp våre forordninger. Hver seksjon har sin turnuslege. De fire knekirurgene har altså en turnuslege som har som eneste oppgave å passe på de innlagte knepasientene. Turnuslegene fører medikamentlister, sørger for at røntgenbilder blir tatt, blodprøver fulgt opp og epikrise skrives. Ved behov assisterer de også på operasjonssalen. Det fungerer utmerket, og det betyr at de andre legene kan bruke dagen til å operere eller ha poliklinikk. I løpet av dagen oppdateres vi om de innlagte pasientene ved behov.

Kirurgene leier selv pasienten på operasjonsbordet. Det ses på som en del av operasjonen. Hver operasjonsstue har sin egen anestesilege som kjenner kirurgene godt. Vedkommende har ikke andre oppgaver. Det går derfor ganske kort tid mellom operasjonene, sjelden mer enn en halvtime. En onsdag i måneden har vi «superliste». Da er det to anestesileger og en ekstra operasjonssykepleier. Mens vi opererer, bedøves neste pasient i et siderom. Når pasienten er operert og trilles ut, vaskes gulvet og den neste trilles inn. Det går da ikke mer enn ti minutter mellom operasjonene. På den måten setter vi inn seks primærproteser på en dag på samme stue (kl 08–17). Vi er alltid to kirurger på disse dagene, og for å få tid til en pust i bakken, bytter vi på å lukke. En av kirurgene er alltid på stuen til pasienten er over i vanlig seng. Til tross for de ekstra lønnsuttgiftene er inntjeningen på stuen 50 % høyere enn på en vanlig dag (Diane Back, personlig meddelelse).

Min kliniske hverdag er travel, og jeg ser hundrevis av pasienter hver måned. De første tre månedene opererte jeg ikke så mye og bare med påholden kniv – til de stolte på meg. Nå har jeg egne lister stadig vekk, og sjefene mine er sjeldnere og sjeld-



Utsikt fra ortopedisk sengepost, 11. etasje, St. Thomas' Hospital. Begge foto: Per-Henrik Randsborg

nerer å se på stuen. I løpet av de første 12 månedene satte jeg inn 150 kneproteser og gjorde over 200 skopier. Volumet er enormt, og jeg får sett kompliserte tilfeller hver uke. Nå har jeg begynt med selvstendige revisjoner. Læringskurven er bratt. Det er en god mestringsfølelse, men jeg er fremdeles veldig glad for å ha Londons ledende knekirurger en etasje eller to unna.

Forskjeller mellom Norge og Storbritannia

Mitt inntrykk er at den største forskjellen mellom en kirurgisk avdeling i Norge og en avdeling i Storbritannia er organiseringen av pasientansvaret. I England (og i resten av the Commonwealth) er pasienten innlagt under en navngitt kirurg (consultant). Avdelingen kan ses på som en logistisk og merkantil organisering av en gruppe overleger som alle har individuelt behandlingsansvar for sine egne pasienter.

Hver overlege har sin spesielle måte å behandle pasienter med en gitt lidelse på. For eksempel er det én av ortopedene som alltid bruker dren. En annen bruker leddet ortose i to døgn etter korsbåndrekonstruksjon. Halvparten av ortopedene lar patella være i fred ved kneprotese, mens resten setter en patellaknapp. Utfordringen for en fellow er å huske hvem som gjør hva, men det sirkulerer lister over de vanligste forskjellene, og disse går i arv fra fellow til fellow. Det finnes noen generelle retnings-

linjer for avdelingen, som for eksempel tromboseprofylakse, men inntrykket er at kirurgene generelt står meget fritt til å lage sine egne behandlingsopplegg.

Fordelen for en fellow som jobber for flere ortopeder, er at man lærer seg mange måter å behandle pasientene på. Den kirurgiske tilgangen varierer, implantatvalget varierer i noen grad, og den postoperative behandlingen er noe forskjellig. En av de mange gode erfaringene jeg har fått, er en forståelse for at det finnes mange måter å gjøre et inngrep på. Man må selv finne ut hva som er best så lenge man opererer innenfor rammene av anerkjent og kunnskapsbasert ortopedi. Jeg har fått stor respekt for at andre gjør ting annerledes enn meg, uten at det er dårligere. Man lærer seg også ulike kirurgiske teknikker, noe som kan være nyttig hvis man kommer i knipe under en operasjon eller skal revidere proteser hos pasienter operert andre steder.

Pasientenes tilhørighet til en spesiell ortoped gjenspeiler seg også på poliklinikken. Hver consultant har sin egen poliklinikk – det vil si at ventelistene for å bli sett for et kneproblem varierer avhengig av hvilken ortoped pasienten er henvist til. Dersom en lege er syk og det ikke er noen andre fra hans team tilgjengelig, blir poliklinikken strøket, selv om det finnes andre tilgjengelige ortopeder på avdelingen. En håndkirurg eller en ryggkirurg vil aldri ta en knepoliklinikk selv om det er sykdom.

I England er det stor tradisjon for å henvisse til en navngitt kirurg. Det er derfor slik at man i begynnelsen av karrieren gjerne jobber mye i det offentlige (National Health Service) for å opparbeide seg et navn. Etter hvert kan man da også jobbe privat. De aller fleste av overlegene på Guy's Hospital jobber 2–3 dager offentlig og 2–3 dager privat. Ingen synes å mene at det er problematisk. Men det er ganske klare retningslinjer for hva man kan gjøre privat.

Regelen er at de private inngrepene skal tilsvare det som gjøres i NHS (6). Det vil si at hvis man vil operere korsbånd privat, må man også gjøre det offentlig. Unntaket er hvis man jobber hundre prosent privat, naturligvis. Da kan man gjøre det man vil, så lenge man har lisens. Men det er ikke så mye privat virksomhet i Storbritannia som man kanskje skulle tro. I London er det mange private sykehus, men i resten av Storbritannia er det fremdeles vanligst å bli operert i det offentlige (7).

Papirjournaler og legesekretærer

England er en blanding av gammelt og nytt, og slik er det også på sykehuset. Jeg ble litt overrasket da jeg oppdaget at de fremdeles holdt seg med papirjournaler. Den daglige jakten på bortkomne journaler er nesten nostalgisk. Men noe elektronisk journal har de begynt med. Operasjonsbeskrivelsene skrives for hånd, men skannes inn i PDF-format slik at man kan finne dem selv om



Papirjournalene hoper seg opp. Her fra kontoret på poliklinikken en ettermiddag

journalen er borte! Røntgen og blodprøver er heldigvis fullstendig digitalisert, inkludert rekvisisjonen.

Det er altså en salig blanding av elektroniske helseopplysninger og papirjournaler. Jeg dikterer alle brev på diktafon, og en sekretær skriver notatet i løpet av noen dager. Jeg kan rette det elektronisk, men notatet skrives ut og settes i papirjournalen! Stort sett går det greit, men det går en stadig trafikk av traller fulle av journaler mellom poliklinikken, posten, arkivet og operasjonsavdelingen. Likevel har jeg bare opp-

levd én gang at en pasient ble strøket fra operasjonslisten fordi man ikke fant journalen. Britene har orden i sysakene.

Det beste med den gammeldagse måten å dokumentere ting på er at sykehuset har beholdt et usannsynlig stort antall sekretærer. Disse damene (det er bare damer) får avdelingen til å fungere ganske knirkefritt. De gjør alle de små usynlige arbeidsoppgavene og sørger for at vi kan konsentrere oss om pasientbehandlingen. Jeg bruker knapt tid på papirarbeid. Da kan man operere mye!

London er et glimrende arbeidssted, men lønnen er ganske dårlig. Eller, det vil si, lønnen er grei (ca. 50 000 pund i året), men boutgiftene er skyhøye. Jeg er heldig som har boutgiftene dekket via min kones jobb, ellers ville jeg ikke ha kunnet klare meg med familie og tre barn. Så dersom man har råd og lyst, anbefaler jeg å dra til London på et fellowship. Sjefen har spurt om jeg kjenner noen flere brukbare nordmenn...

Per-Henrik Randsborg (f. 1973)

er ph.d., postdoktor og spesialist i ortopedisk kirurgi. Han jobber for tiden som clinical fellow ved ortopedisk avdeling ved Guy's & St. Thomas' Hospital i London.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

1. General Medical Council. www.gmc-uk.org/mobile (1.3.2015).
2. Gazette GKT. St Thomas's Hospital – a concise history. <http://web.archive.org/web/20061025233419/http://www.gktgazette.com/2002/feb/features.asp#3> (1.3.2015).
3. Bostridge M. Florence Nightingale: The woman and her legend. London: Penguin, 2009.
4. Wilks S, Bettany GT. A biographical history of Guy's Hospital. London: Ward, Lock, Bowden, 1892.
5. Guy's Hospital. Wikipedia. http://en.wikipedia.org/wiki/Guy's_Hospital (1.3.2015).
6. NHS Commissioning Board. Defining the boundaries between NHS and Private Healthcare. April 2013, NHSCB/CP/12. www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2013/04/cp-12.pdf (1.3.2015).
7. Oxtoby K. Is private practice losing its appeal? BMJ Careers. 4 July 2012. <http://careers.bmj.com/careers/advice/view-article.html?id=20007822> (2 mars 2015)

Mottatt 12.2. 2015, første revisjon innsendt 2.3. 2015, godkjent 11.3. 2015. Redaktør: Siri Lunde Strømme.