

HVAD MED SUNDHEDEN?

Debathæfte om fremtidens sundhedsvæsen



 Sundhedsstyrelsen



HVAD MED SUNDHEDEN?

EN STÆRK FØDSELAR

Sundhedsstyrelsen bliver 100 år i år. Siden maj 1909 har Danmark haft en styrelse i sundhedens tjeneste, og helt i tråd med fremskridtene i sundhedsvæsenet i øvrigt er 100 år (næsten) ingen alder. Sundhedsstyrelsen kan se tilbage på et flittigt og farverigt virke og er samtidig en vigtig motor i mange af de fredelige revolutioner, som i disse år sikrer fundamentet for fremtidens sundhedsvæsen. Det vil vi gerne fejre med dette debathæfte, hvor vi har bedt fagfolk og meningsdannere give deres bud på sundhedsvæsenets udfordringer de kommende år.

At se blot 10-20 år frem er i sagens natur sværere end at se 100 år tilbage. Med de fantastiske fremskridt der er sket inden for forebyggelse og behandling siden 1909 følger nye udfordringer. En af dem er et øget pres på sundhedsvæsenet og dets ressourcer. Bedre diagnostik, nye og ofte dyre behandlinger samt flere ældre og kroniske patienter betyder, at prioritering er uomgængelig. Udfordringen er at sikre den bedst mulige anvendelse af de penge, der er til rådighed.

Den udvikling understreger også behovet for at tænke forebyggelse og sundhedsfremme mere aktivt ind i sundhedsvæsenet. De store livsstilssygdomme kan sundhedsvæsenet ikke behandle sig ud af. Her bliver det i stigende grad vigtigt at sætte ind tidligt.

En tredje udfordring bliver at tiltrække og fastholde medarbejdere i sundhedssektoren. Det er dem, som trækker læsset i dagligdagen, og de er forudsætningen for nytænkning og udvikling. Det er også dem, som fx skal sørge for, at de mange nye muligheder i sundheds-IT bliver foldet helt ud.

En ting er sikker. Det bliver hverken nemt eller kedeligt at tage livtag med sundhedsvæsenets udfordringer i de kommende år. Sundhedsstyrelsen har gjort det i 100 år og er klar til endnu en omgang.

God læselyst

Jesper Fisker
Direktør, Sundhedsstyrelsen

INDHOLD/

DEBAT/

FOREBYGGELSE/04
MEGET MERE END KAMPAGNER

IT/10
TEKNOLOGI FORANDRER PATIENTERNES LIV

REKRUTTERING/16
NEJ, DER ER IKKE EN LÆGE TIL STEDE

ETIK/22
ER ET LIV ALTID ET LIV...?

BEHANDLING/28
LÆNGERE VÆK - OG TÆTTERE PÅ

HISTORISK TILBAGEBLIK/

100 ÅRS SUNDHED/34
MELLEM LÆGER OG POLITIKERE



Udgivet af Sundhedsstyrelsen, maj 2009. Redaktion: Sundhedsstyrelsen. Tekst: Jakob Andersen, Dansk Kommunikation Aps, freelancejournalist Helle Broberg Nielsen og Kurt Jacobsen. Design: Bysted. Tryk: Arco Grafisk. Oplag: 3.000. Fotos: Gettyimages m.fl. Elektronisk ISBN 978-87-7676-908-6. Trykt ISBN 978-87-7676-909-3. Jubilæumshæftet er udgivet for at bidrage til debatten om sundhedsvæsenet i Danmark. De holdninger, der gives udtryk for, er de interviewedes egne.



FOREBYGGELSE/

MEGET MERE END KAMPAGNER

Stadig flere danskere er svært overvægtige, og tallet er stigende. De store skolebørn bevæger sig mindre, og op mod hver femte vejer for meget. Over en halv million danskere har et usundt alkoholforbrug, og selv om flere skodder cigaretten for altid, er danskerne stadig et af de mest rygende folk i den vestlige verden. Udfordringerne for fremtidens forebyggelse er store. Forebyggelse er i dag meget mere end de velkendte kampagner, og vi ved stadig mere om, hvad der skal til for at ændre de usunde vaner. Metoderne er i hastig udvikling, og forebyggelse har fået større politisk bevågenhed. Strukturel forebyggelse, evidens og sociale faktorerers betydning for sundhed bliver nøgleord i fremtidens forebyggelse.

MED BUS MOD EN SUNDERE FREMTID

Sundhed kan ikke klares af kampagner alene, men skal tænkes ind overalt i samfundet. Også i noget så jordnært som busplaner.

Det er helt afgørende for effekten af fremtidens forebyggelse, påpeger **Torben Jørgensen**, ledende overlæge ved Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed på Glostrup Hospital og klinisk professor i forebyggelse og sundhedsfremme.

"Vi skal ikke forlange, at folk hopper rundt i fitnesscentret. Det har de slet ikke tid til. Men når folk bevæger sig for lidt, så er rygmarsreaktionen at kræve alle ud at løbe. Det er en gal strategi. Det ville være meget mere fornuftigt at gøre det attraktivt at køre i bus.

"Vi skal ikke forlange, at folk hopper rundt i fitnesscentret. Det har de slet ikke tid til"

Ikke fordi folk får mere motion, mens de sidder i busen, men de skal flytte sig mellem hjem og arbejde, ikke bare sætte sig ind i bilen. Så moderne forebyggelse fremmes gennem bedre busplaner. Det er den form for systematiske strukturændringer, der er brug for."

Torben Jørgensens interesse for busser er udtryk for en mere overordnet analyse:

"Vi har brugt kræfterne på massekampagner og særlig bearbejdning af personer i særligt udsatte grupper. Men isolerede kampagner flytter ikke adfærd. De skal kombineres med f.eks. gode tilbud og rygestop, hvis de skal virke i dag. Samtaler med personer, som har en særlig risiko, flytter sandsynligvis noget, mens de står på, men nagelfaste beviser på deres effekt på længere sigt savnes stadig," lyder effektopgørelsen hos Torben Jørgensen.

"Vi har først og fremmest brug for strukturelle løsninger, der ændrer på vores bevægelsesmønstre, indkøbsvaner osv. Det kan fremmes med skatter og forbud, men det handler ikke mindst om at ændre lokale strukturer, så de faciliterer en mere hensigtsmæssig adfærd," siger Torben Jørgensen.

Torben Jørgensen medgiver, at der er sket en udvikling de sidste ti-tolv år mod større accept af, at forebyggelse er andet end kampagner.

I dag er der bred accept af initiativer mod rygning, der rækker langt ind i det, vi normalt betragter som privatsfæren. Betydningen af fysisk aktivitet er blevet evident. Og sundhedsministeren skal nu også tituleres "og forebyggelsesminister", hvis det skal være helt rigtigt."

Alligevel er det stadig mentaliteten, der er vores største udfordring:

"Grundlæggende accepterer vi ikke, at den sygdomsbyrde, vi har, er samfundsskabt", siger han ♦

AT TAGE TRAPPEN SKAL VÆRE DET NEMMESTE

Det går alt for nemt galt, når vi fristes af usund mad eller den bekvemme tur til fjerde sal i elevator, mener forskningschef **Anders Hede**, TrygFonden. Han tager afsæt i de sidste 10-15 års studier af menneskets adfærd og biologi.

"Traditionelt har man jo sagt, at i sidste ende er det den enkelte, der bestemmer, om han tager cyklen eller, hvad hun putter i munden. Men vores bevægelsesmønster er gennemgående ikke særlig bevidst. Også vores beslutninger om at spise eller stå imod er et langt stykke styret af ubevidste driftsimpulser.

Især når vi er trætte og sultne. Dybest set er vi jo pattedyr, der ligesom de fleste andre arter helst vil spise meget og røre os så lidt som muligt. Om det er et problem afhænger alene af det ydre samfund. I langt det meste af menneskets udviklingshistorie har det været en fordel. Men det går galt, når fedt og sukker findes over alt og næsten gratis, og når alt i samfundet indrettes efter, at vi skal spare mest muligt på kræfterne. F.eks. skal man i mange moderne bygninger lede efter trappen – man går som udgangspunkt ud fra at folk tager elevatoren

"Det skal vi have vendt om. Vi skal have præsenteret dagligdagens muligheder, så det bliver lettere at træffe de sunde valg, som man er glad for bagefter. Det kan ske ved at gøre det sunde valg til det mest nærliggende – trappe frem for elevator.

Det betyder eksempelvis også meget, om det er slik eller frugt, der præsenteres først blandt kantinens valgmuligheder, især når man er sulten og adspredt. Det er jo en viden, man længe har brugt i butikslivet – og brugt til at friste forbrugeren til impuls køb."

En mere gennemtænkt valg-arkitektur skal gøre det lettere at modstå pres og fristelser og netop træffe bevidste valg, mener Anders Hede.

"Det bliver en vigtig udfordring for hele samfundet

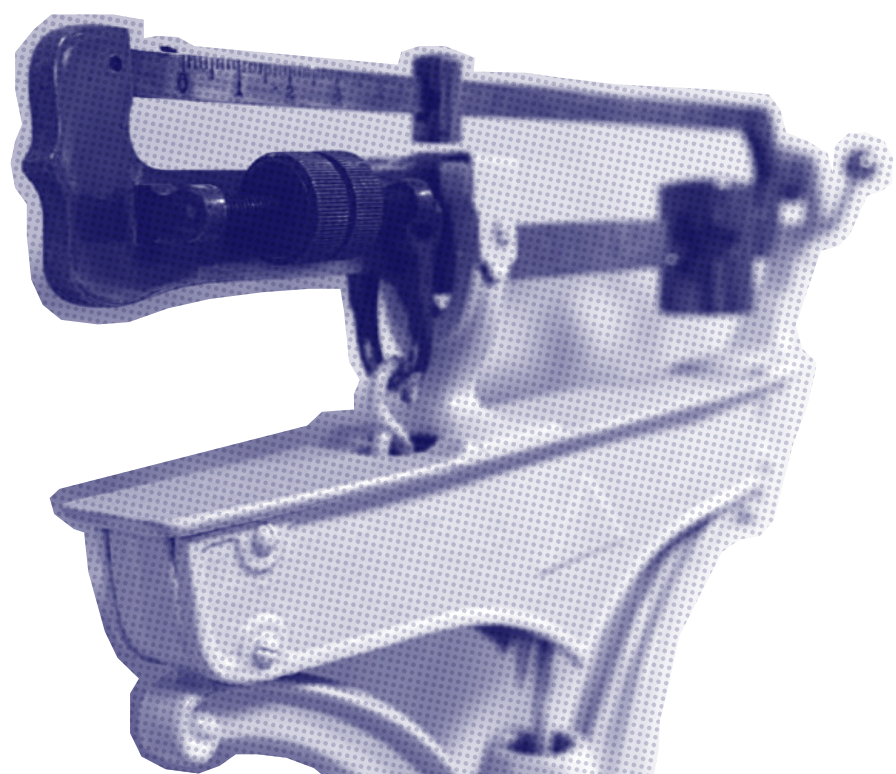
fra indretningen af afgiftssystemet til byplanlægningen. Vi skal f.eks. udnytte, at vi har de gamle skæve byer, der lægger op til, at man går eller cykler, og bevidst fjerne trafikale ubehageligheder for cyklister og fodgængere."

Han peger på, at udtrykket *valg-arkitektur* står centralt i forebyggelsestrategier, der vinder frem under overskriften *nudging*. Ordet kan oversættes til puffen og stammer fra Richard Thalers og Cass Sunsteins nytænkende bog *Nudge* fra 2008.

Målet er at øge borgernes reelle muligheder for at træffe bevidste valg og hjælpe dem at undgå at falde i bl.a. fordi de er omgivet af kommercielle interesser, der ved hvordan de kan friste os over evne ♦

Gode rammer er god forebyggelse

Karsten Skawbo-Jensen, tidligere formand for Patientforeningen Danmark: "Forebyggelse er mere end kampagner, patientskoler og piller. Forebyggelse er også rammer, som man kan have et godt liv inden for. Byer og bygninger, der er anlagt så de giver mulighed for bevægelse, skoledage med idræt og arbejdspladser uden mobning. Det bedste, man kan gøre, er at sørge for at der er plads til alle – for folk dør tidligere, når de sættes uden for fællesskabet. Forebyggelse er også meget mere end KostRygningAlkoholMotion (KRAM). Hvis vi ikke breder det mere ud, risikerer vi at ende i nypuritanisme og hetz mod nogle af de grupper i samfundet, der har sværest ved at følge alle de gode råd."



VI SKAL VIDE, HVAD DER VIRKER

”Vi har en ret omfattende viden om, hvorfor sygdomme opstår. Men når det gælder, hvad der kan gøres for at undgå dem, så ved vi langt mindre.”

Ifølge **Finn Diderichsen**, professor ved Københavns Universitets Institut for Folkesundhedsvidenskab, mangler der navnlig viden om, hvordan man får forebyggelsesinitiativer til at fungere i praksis.

”Kommunernes mange forebyggelsesprojekter er f.eks. stort set ikke blevet rigtigt evalueret. Dels har det ikke været traditionen, dels har man ofte været overbevist om, at ens egne erfaringer var specielle og knyttet til netop de lokale forhold. Men man er hverken blevet klogere på de generelle konklusioner, som de enkelte projekter kunne være med til at understøtte eller på de særlige forhold, der betinger, at implementeringen af et projekt i nogle tilfælde lykkes særlig godt. Hele implementeringen er et meget dårligt forstået område.”

”Når vi vil vide, hvad der virker, er såkaldt randomiserede lodtrækningsforsøg bedst. Det vil f.eks. gælde, hvis man skal vurdere værdien af en given indsats. Men når det gælder store, komplekse eller strukturelle ændringer, så kan man sjældent gå

sådan frem. Hvis man ikke vil ende i handlingslammelse, må man skabe andre former for viden, der

kan lægge grunden for informerede beslutninger – ligesom man gør, når man ændrer skattepolitik osv. Et alternativ til egentlige lodtrækningsforsøg kan være at studere de ”naturlige eksperimenter” som opstår når kommuner og lande gør noget forskelligt. Det gør man meget i USA, men ikke her,” siger Finn Diderichsen.

Han mener, at vi har chancen for at blive meget klogere i de kommende år:

”Ikke alene har vi jo mange usædvanligt gode registerdata om befolkningens sundhedstilstand i Danmark, data der er indsamlet over mange år. Vi oplever også en større bevidsthed hos kommunerne om behovet for at gøre noget ved evalueringssiden. Og så har vi i de senere år fået udarbejdet sundheds-

profiler for de enkelte kommuner, så vi fremover bl.a. kan se, hvordan den lokale sundhed udvikler sig.

Derimod mangler vi fortsat nogle fælles målestokke for kommunernes forebyggende indsats, som vi kan holde op over for ændringer i sundhedsprofilen. Vi savner også at kunne rense de kommunale data for de forskelle i befolkningssammensætning, socialt miljø osv., der kan påvirke resultaterne,” siger han.

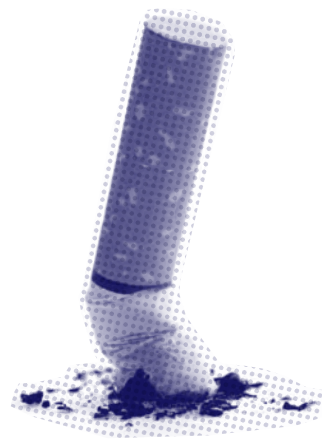
Finn Diderichsen ser en hovedopgave i de kommende år i at forebygge ulighed i sundhed, der i de senere år har været voksende. Også her er brug for mere viden.

”Umiddelbart er der jo tre forklaringer på ulighed i sundhed: tobak, tobak og tobak. Men bag ved ligger nogle gedigne udfordringer. Det ser ud til, at uligheden hele tiden sætter sig igennem via nye årsager og mekanismer. Når vi har fået has på tobaksskaderne, så dukker uligheden op andre steder.

Bl.a. er det vigtigt at få fat i betydningen af psykosociale forhold. Dele af befolkningen eksponeres stadig mere i arbejdslivet for f.eks. højt tempo og voksende emotionelle krav. Der er også efter år 2000 sket en voldsom vækst i forekomsten af angst, søvnbesvær og depressioner. Det viser både de store befolkningsundersøgelser fra Statens Institut for Folkesundhed og vores egne mere dybtgående depressionsstudier,” påpeger Finn Diderichsen.

”Psyriske symptomer rammer systematisk de dårligt uddannede mere end andre. Og de har øjensynlig vigtige kropslige følger. At stress er en faktor bag hjertekarsygdom er f.eks. veldokumenteret, men psyriske forhold mistænkes for at være medvirkende årsag til andre af de diagnoser, der følger samfundets almindelige statusskel.

Psyriske forhold er med til at bestemme sundhedsadfærden, der igen er med til at afgøre, om du bliver syg. De psyriske forhold har også indflydelse på, hvor god du er til at håndtere livet med sygdom. Vi har bare ikke for alvor fundet ud af, hvordan disse mekanismer fungerer,” siger Finn Diderichsen ♦



”Umiddelbart er der jo tre forklaringer på ulighed i sundhed: tobak, tobak og tobak. Men bag ved ligger nogle gedigne udfordringer”

Man skal ikke frelse mennesker fra sig selv

Edith Thingstrup, sognepræst og medlem af Berlingske Tidendes *Groft Sagt*-panel: ”Det giver ingen mening at forbyde rygere at mødes på en cafe for at dyrke deres last. De er fuldt bevidste om, at rygning er farligt – og de nyder det. Denne dekadente nydelse kan selvfølgelig være en torn i øjet på alle os andre ikke-rygere. Men det giver os ikke ret til at blande os i andre menneskers liv. Man skal ikke frelse mennesker fra sig selv.

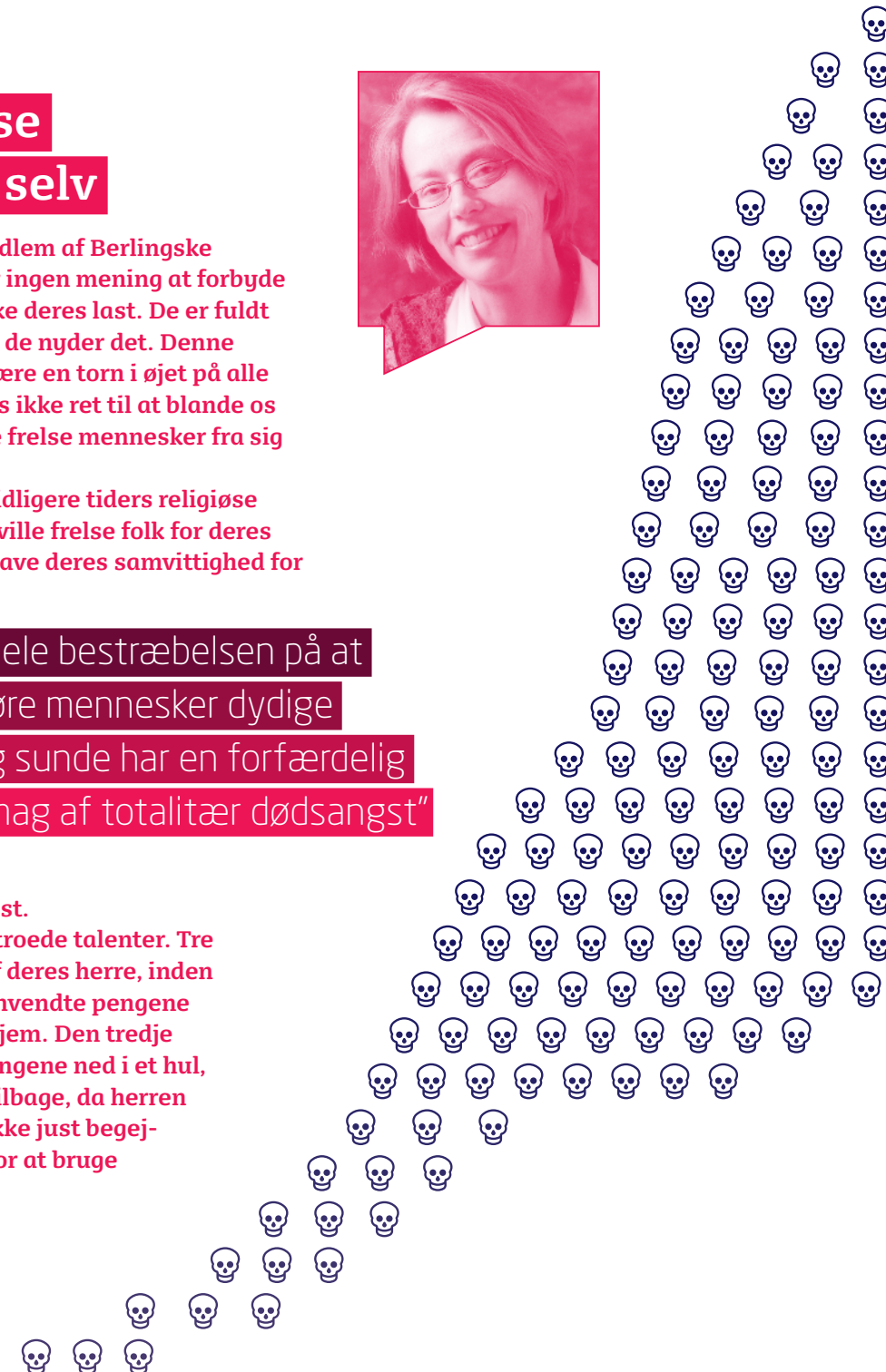
Hele tankegangen minder mig om tidligere tiders religiøse forfølgelser, hvor paver påstod, at de ville frelse folk for deres eget bedste – selvom folk helst ville have deres samvittighed for sig selv.

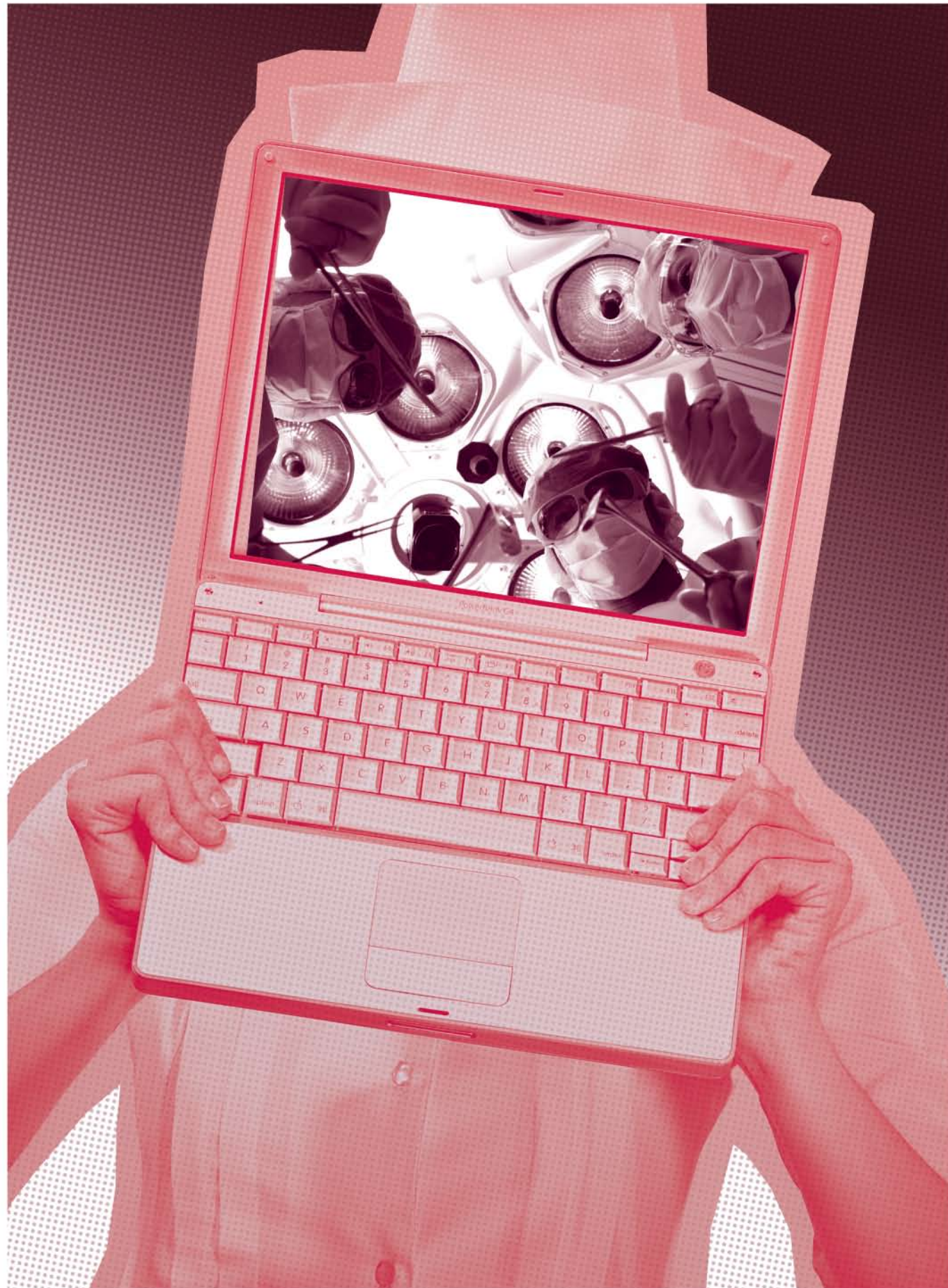
Hele bestræbelsen på at gøre mennesker dydige og sunde har en forfærdelig smag af totalitær dødsangst. Vi skal absolut pakkes ind i vat og støddæmpere. Men livet er en gave, som man ikke skal putte ind i en bankboks. Mennesket har fået betroet livet af Gud for at leve det. Ikke for at gå til i dødsangst.

Læs den bibelske lignelse om de betroede talenter. Tre tjenere fik hver et stort pengebeløb af deres herre, inden han drog på rejse. De to af tjenerne anvendte pengene produktivt og fik ros, da herren kom hjem. Den tredje frygtede sin herre og gravede bare pengene ned i et hul, så han kunne give den præcise sum tilbage, da herren stillede ham til regnskab. Det vakte ikke just begejstring hos Vorherre. Vi har fået livet for at bruge det, også for at sætte det på spil.”



”Hele bestræbelsen på at gøre mennesker dydige og sunde har en forfærdelig smag af totalitær dødsangst”





TEKNOLOGI FORANDRER PATIENTERNES LIV

Sensorer i gulvet, der overvåger ældre patienters skridt, avancerede operationer, hvor kirurgen fysisk befinder sig på den anden side af kloden, og et digitalt sundhedsvæsen, der udveksler den nødvendige information, så patienten får den bedste mulige behandling.

IT er allerede en vigtig del af sundhedsvæsenet og vil i de kommende år både forbedre patienters behandling og deres mulighed for at leve et liv, hvor de og ikke sygdommen styrer hverdagen.

Danmark er blandt de lande i verden, som er længst fremme med at udveksle information på tværs af sektorer i sundhedsvæsenet.

PATIENTERNE UD AF SYGEHUSET!

I dag tager det ofte en lille uges tid, fra patienten har fået en ny hofte, og til han er ude af sygehuset igen. Efter selve operationen må patienten enten indlægges tre-fem dage eller indlogeres på patienthospital i en tilsvarende periode. Så lang tid skal der til, før han igen er parat til at stavre rundt på egne ben derhjemme, viser erfaringen.

Men den erfaring vil være forældet om fem år, forudser **Morten Kyng**, der er professor ved Aarhus Universitet og direktør for Caretech Innovation ved Alexandra Institutet i Århus. Institutet forsker i såkaldt *pervasive healthcare* - moderne, mobile IT- og kommunikationssystemer, der gør det langt lettere at overføre billeder og andre helbredsdata mellem patienten og specialister i relevante dele af behandlervæsenet.

I løbet af 2009 indleder instituttet et forsøg med godt 30 hoftepatienter, der er opereret i Silkeborg.

"Om fem år er det nok ikke bare hoftepatienterne, der kan sendes hjem lige efter operationen, men stort set alle ortopædkirurgiske patienter"

De vil blive udskrevet allerede dagen efter operationen. Hjemme venter en kasse på størrelse med en cigaræske, der er koblet sammen med deres TV. Kassen rummer datakraft og software samt video, der viser hvordan man skal træne, håndtere smerterne osv.. Den indeholder også kommunikationsudstyr, så patienterne kan komme i kontakt med de rette folk på sygehuset, når de har brug for det. Der vil ligge en nødtelefon, som kan bruges, når intet andet virker. Patienten skal også kunne sende levende billeder, så sygehusets personale selv kan bedømme situationen. Desuden får patienten mulighed for at kommunikere med de fem-seks andre, der blev hofteopereret i Silkeborg samme dag som de selv.

"Mit bud er, at det her vil være standardprocedure om tre år," siger Morten Kyng.

"Her kunne jeg så godt citere innovationsteorien, der fastslår, at udviklingen altid går langsommere, end man tror. Så lad os sige, at der går fem år. Men teorien siger også, at effekterne vil slå langt bredere igennem, end vi forestillede os. Så om fem år er det nok ikke bare hoftepatienterne, der kan sendes hjem lige efter operationen, men en lang række ortopædkirurgiske patienter. Forudsat, selvfølgelig, at resten af sygehusvæsenet er lige så begejstrede for de nye muligheder som vores samarbejdspartnere i Silkeborg," tilføjer han.

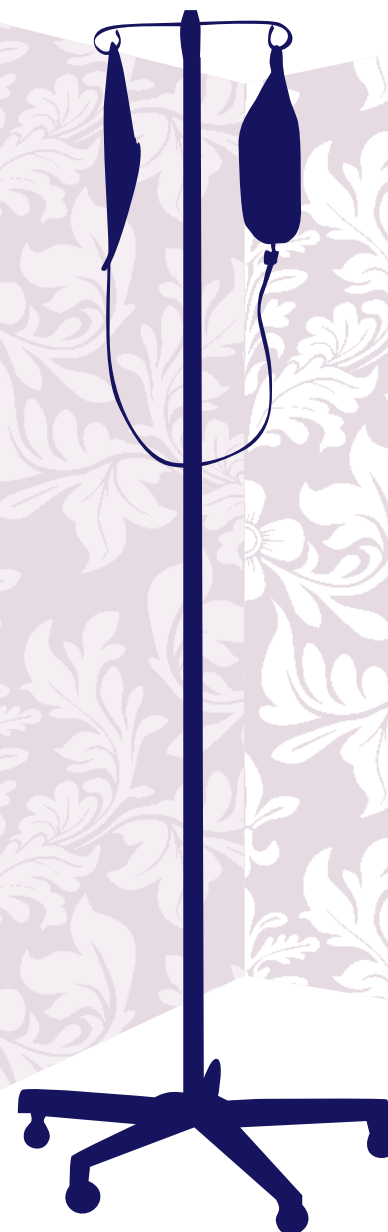
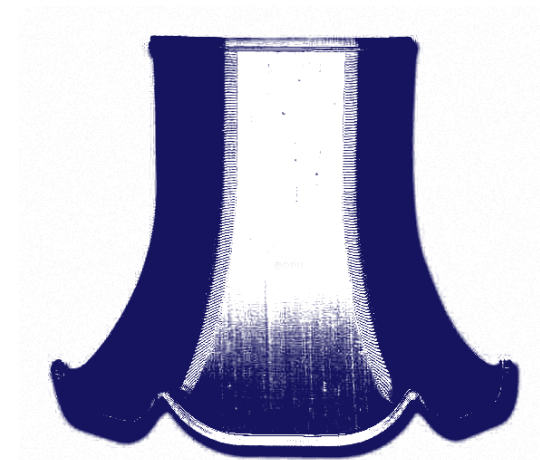
De har god grund til at være begejstrede. Den nye *pervasive* teknologi vil spare arbejdskraft og dermed lette manglen på arbejdskraft i sundhedsvæsenet.

Den vil også hjælpe til at fjerne toppen af den modvilje mod sygehuskoncentrationen, som disse års beslutninger om at bygge helt nye sygehuse kan føre med sig, vurderer Morten Kyng.

"I dag kommer man let til at bruge mindst én dag efter en operation på at tage på ambulatoriet og vente på at komme til undersøgelse, samtaler med læger, træning osv.. Det bliver selvfølgelig ikke bedre af, at hospitalet nu ligger 100 km. væk i stedet for 20 km. Med de nye muligheder vil du kunne få klaret problemet lokalt, måske på din arbejdsplads eller derhjemme. Det vil folk da opleve som en serviceforbedring og en lettelse," siger han.

Også områder som akutmedicinen og store dele af kronikerbehandlingen vil blive revolutioneret af de nye teknologier, forudser Morten Kyng:

"Der er allerede en del aktiviteter i gang for KOL-patienterne, og det er jo oplagt, for de har netop svært ved at bevæge sig. Vi er også i gang med at



Vi kører i vigespor

Ida Sofie Jensen, direktør, Lægemiddelindustriforeningen: "Danmark har brug for at komme op i et helt andet gear, når de drejer sig om tage ny teknologi i brug i sundhedsvæsenet. Vi kører i vigespor sammenlignet med mange andre lande. Og årsagen er primært, at vi har skruet vores systemer sådan sammen, at hensynet til at spare på netop disse udgifter kommer til at veje meget tungt. Men vi har også et meget decentralt sundhedsvæsen, der ikke er forpligtet på klare, fælles mål. Det er heller ikke sådan, at vi har en avanceret debat, der gør, at fagfolk, politikere og administratorer hele tiden er opmærksomme på de muligheder, der er til rådighed eller lige om hjørnet. Der er en slags kulturel fordom i befolkningen, der også findes blandt meget sundhedspersonale. Er det nu virkelig nødvendigt, spørger vi. Er der ikke bare nogen smarte fyre, der scorer kassen? Mange andre lande griber de nye muligheder inden for medicinsk teknologi med kyshånd, som en chance for at hjælpe patienterne og for selv at komme helt frem i skoen."

behandle fodsår hos diabetespatienter med de første generationer af denne teknologi: En udgående sårsygeplejerske hjælper patienten hjemme og får diagnostisk bistand og gode råd fra en specialiseret sygehusafdeling via en mobiltelefon med kamera.

Udfordringen i de næste ti år kommer i høj grad til at handle om at få systemer, der kan tale sammen, så vi ikke beyrder patienterne og sundhedsvæsenet med en hel masse smarte applikationer for henholdsvis hofte, overvægt, diabetes osv., der tale hver deres sprog. Vi skal også have bygget den nye helbredsteknologi sammen med noget af den elektronik, vi allerede kender. Mobiltelefonen og fjernsynet får nye funktioner, og tyverialarmen skal måske gå i gang, hvis du ligger meget stille på mærkelige steder i dit hjem.

Danmark burde være et af de første steder, man kunne få dette til at lykkes. Når jeg taler med amerikanerne, så lyder det hele uendelig meget sværere. Vi må kunne udnytte, at vi har et sundhedsvæsen, der stort set er offentligt ejet," mener Morten Kyng ♦



TELEMEDICIN VIL ÆNDRE VERDEN

“Telemedicin betød indtil for nylig at flytte sundhedsdata over en afstand. Nu betyder det i stigende grad også at udføre handlinger på tværs af afstande, der kan være fra få meter til hundredvis af kilometer. At flytte data er gængs. Det gør vi hele tiden. Men når vi går i gang med at udføre f.eks. kliniske indgreb på mennesker, der ikke fysisk er til stede, så ændrer vi verden.”

Sådan siger **Peder Jest**, direktør for Odense Universitetshospital og Svendborg Sygehus.

“Telemedicinen vil blive anvendt internt i de stadig større sygehusorganisationer. Personalet vil hele tiden finde metoder, der mindsker spild f.eks. unødvendig transport. Gør de ikke det, kan de ikke nå deres opgaver.

Men det store perspektiv består i at vi kan flytte meget af arbejdet væk fra de højt specialiserede læger og ud til sygeplejersker, praktiserende læger og patienten selv. Mange af dagens hospitalsindlagte kunne vi hjælpe nok så godt hjemme. Det gælder

ter Peder Jest, der ikke tror, at sundhedsvæsenet kan vælge denne udvikling fra:

“I næste runde vil patienterne kræve disse løsninger af os. Det gælder ikke mindst de kroniske. Og de vil kræve, at vi arbejder helt gnidningsfrit sammen med deres egen læge, kommunen osv. De er lige glade med, hvilke institutioner, vi kommer fra. De fokuserer på livskvalitet og på det, der hjælper dem til større selvstændighed og højere funktionsevne. Det kommer vi også til, hvis vi vil have en plads i den nye verden,” siger han ♦

“Det store perspektiv består i, at vi kan flytte meget af arbejdet væk fra de højt specialiserede læger”

samtlig diabetes- og KOL-patienter og de hjertepatienter, der behandles med blodfortyndende medicin. Teknikken er der til at gå i gang, så vil teknikken udvikle sig undervejs,” siger Peder Jest.

“Vi skal hjælpe vores patienter, så de ikke får så meget brug for os. Det er en fælles interesse. De ældre bliver tryggere, jo hurtigere de kan komme hjem. Og de kan mestre teknikken. Man skal bare lade være med at fortælle dem, at der er tale om en computer. Man skal bare vise, hvordan den virker, så er de oppe at køre fra dag et. Det har vi vist med vores såkaldte KOL-kufferter. Her var ældste patient 96 år og gennemsnittet var 76 år,” fortsæt-



VI SKAL OVER ET BJERG AF BAGATELLER

Ny sundheds-IT er ikke kun en teknologisk udfordring, men i lige så høj grad en organisatorisk.

Sådan vurderer cand.psych., ph.d. **Signe Vikkelsø**, der er lektor på Copenhagen Business School i København.

“Hver er ansvarlig for de data, der kommer? Hvem skal reagere – og hvordan – når pacemakere gør alarm? Og hvem har ansvaret for at røgte datastrømmen og f.eks. rydde op i datamængderne?

Spørgsmål som disse er der mange flere af og de kan lyde som bagateller, men man skal ikke bagatellisere dem. Sundhedsvæsenets største opgave er i forvejen at holde styr på myriader af informationer som disse,” siger Signe Vikkelsø, der peger på den store svaghed ved næsten al avanceret teknologi:

“Det er jo vi mennesker, der skal bruge den nye teknologi. Og vi skal have det på bestemte måder. Ellers bruger vi den ikke efter hensigten. Derfor skal teknologiske fremskridt tænkes tæt sammen med de organisatoriske rammer, de skal bruges i. Organisatorisk innovation er lige så afgørende som den tekniske,” siger Signe Vikkelsø.

“Den elektroniske patientjournal er et skoleeksempel på, hvordan man systematisk undervurderede problemerne i starten. Man regnede med at kunne etablere et system, der ikke bare gav mening for alle involverede klinikere, men også kunne bruges til økonomistyring, forskning og kvalitetsstyring osv. Det krævede blot at man fik presset den relevante kliniske information ind i afkrydsningsfelter mv.. Det går fint, så længe det er brækkede ben, der er tale om. Men nogle tilstande er eksempelvis så diffuse, at lægerne har behov for at formulere uklarheden med

egne ord undervejs for at kunne håndtere sagen bedst muligt.

Realiteten er, at man har opgivet de fleste af ambitionerne om fælles standarder for alt og er gået tilbage til en mere forsigtig strategi. Flere steder lever man fortsat med nogle ret enkle systemer,” siger Signe Vikkelsø ♦

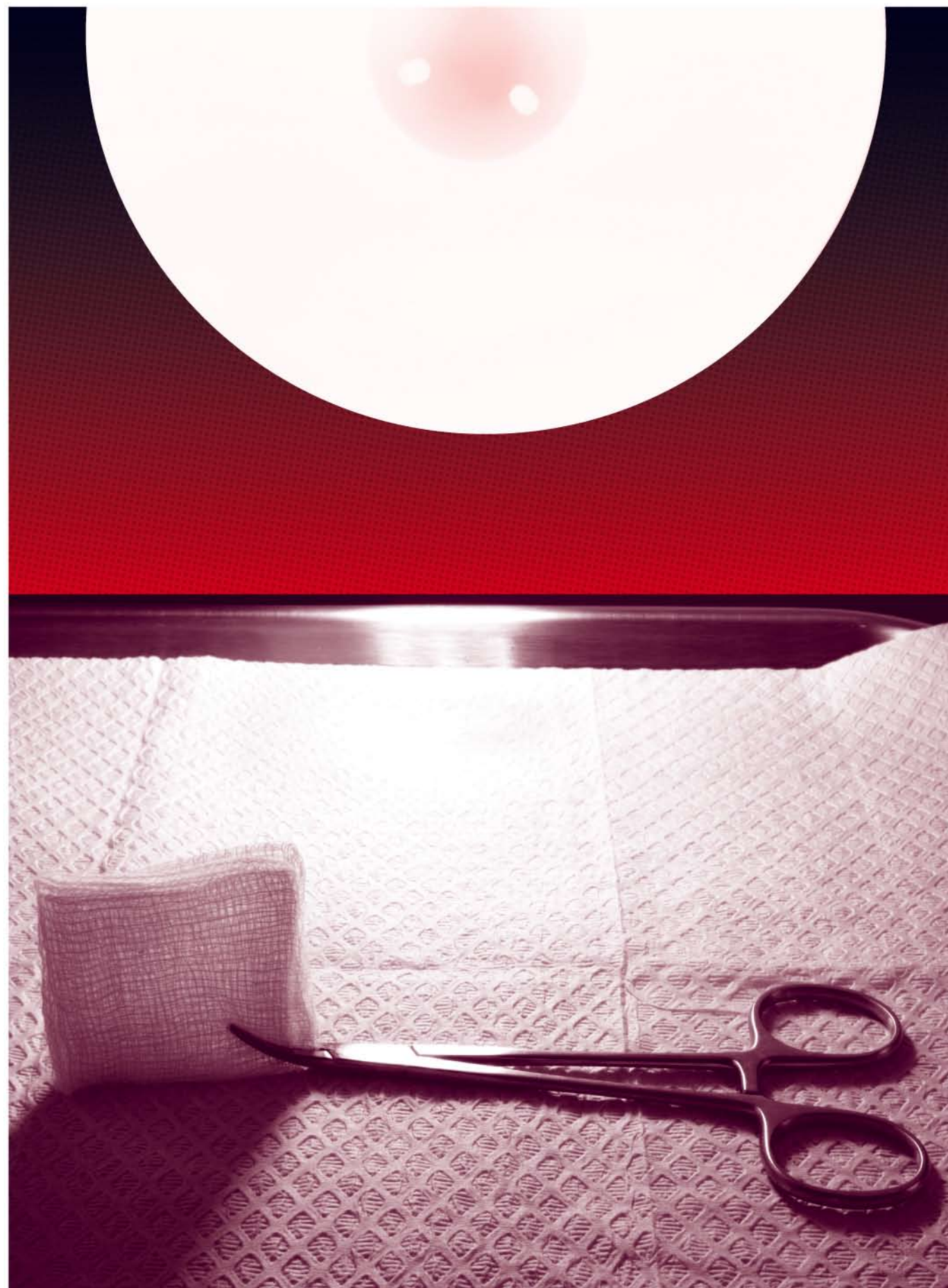
Teknologi skal integreres

Lars Klüver, sekretariatschef, Teknologirådet: “Der er mange eksempler på, at sundhedsteknologier møder modstand. Fx vaccinationer og forskning i og behandling med stamceller. Listen over dilemmaer knyttet til sundhedsteknologier er lang og suppleres hele tiden. Lettere smertestillende medicin er kommet højt op på listen for nylig. Plejoroboter vil snart slutte sig til.

Dilemmaer af denne type afspejler blot, at teknologi ikke er værdifri. Derfor må man acceptere, at teknologi ikke kun skal optimeres i forhold til sin tekniske funktion. Den skal også optimeres i forhold til sin integration i samfundet og betydning for patienten.

Igennem de sidste 25 år er der udviklet metoder til at konsultere borgerne, aflæse indikationerne og få deres diagnose, hvis en teknologi ser ud til at blive afstødt af samfundet. Problemet er bare, at sammenlignet med, hvad vi bruger på at udvikle teknologierne, bruger vi fra intet til meget lidt på at få dem integreret i samfundet. Det er ineffektivt og ikke så voldsomt klogt, for det koster samfundet mange penge – og patienter mange lidelser – at få sat sundhedsteknologier og behandlinger på standby, fordi de er dårligt tilpassede og derfor støder på samfundsmæssig modstand. Der er behov for en stærkere forebyggende indsats på det punkt”.





REKRUTTERING/

NEJ, DER ER IKKE EN LÆGE TIL STEDE

– og der mangler også sygeplejersker, radiografer, bioanalytikere og SOSU-assistenten. De kommende år bliver det en stor udfordring at sikre sundhedsvæsenet tilstrækkeligt med kvalificeret arbejdskraft.

Danmark er blandt de lande i verden, der har flest læger pr. indbygger, og antallet er steget de seneste år. Ser man på antallet af nyuddannede læger er det steget langt mere end i vore nabolande. Alligevel tyder meget på, at Danmark i de kommende år vil stå over for en stor udfordring med at sikre tilstrækkeligt med medarbejdere.

I 2015-2020 vil der mangle mindst 5-6.000 sygeplejersker, 5.000 social- og sundhedsassistenter/hjælpere, 2.000 læger og 2.000 i de øvrige personalegrupper, konkluderer en rapport fra Syddansk Universitet, *Manglen på arbejdskraft i sundhedssektoren og hvordan man kan tiltrække og fastholde kvalificeret arbejdskraft*.

Det svarer til omkring 12-15 pct. af det nuværende antal ansatte på sygehusene. Men med flere ældre og større velfærd er der grund til at forvente større efterspørgsel efter sundhedsydelser og dermed endnu større behov for medarbejdere.

DER FINDES INGEN SNUPTAGS-LØSNINGER

”Vi bliver nødt til at vænne os til, at der vil være mangel på medarbejdere i sundhedssektoren de næste 10-15 år.”

Kjeld Møller Pedersen, professor i sundhedsøkonomi ved Syddansk Universitet, har en del, at have sin pessimisme i. Han er manden bag rapporten *Manglen på arbejdskraft i sundhedssektoren og hvordan man kan tiltrække og fastholde kvalificeret arbejdskraft*.

Ifølge analysen skyldes underskuddet først og fremmest, at de store efterkrigsgenerationer er på vej på pension og over i de mere behandlingskrævende danskeres rækker. Mens de smalle ungdomsårgange ikke er tilstrækkeligt tiltrukket af de sundhedsfaglige uddannelser til at kompensere for afvandringen.

”Der findes desværre ingen snuptyagsløsninger. Vi bliver nødt til at sætte ind både overordnet og på lokalt plan og grundigt analysere, hvad der egentlig er problemet for den enkelte faggruppe,” lyder hans konklusion.



Drengene er arbejdskraftreserven

Jakob Lange er kontorchef på Den Koordinerede Tilmelding, Københavns Universitet: ”Skal vi have flere studerende til de mellemlange, videregående sundhedsuddannelser, skal vi gå målrettet efter drengene. Det er dem, der udgør uddannelseskraftreserven i dag. De ambitiøse piger foretrækker i dag at læse til læge eller tandlæge frem for at blive sygeplejerske. Dem kan vi godt opgive at få tilbage.

Men egentlig er det besynderligt; sygeplejefaget tilbyder alt det, som unge efterlyser: Masser af muligheder for at efteruddanne sig, gøre karriere og arbejde i udlandet. Kombineret med fleksibilitet og en ganske pæn løn, hvis man fx arbejder i et vikarbureau. Samt jobgaranti hele livet.

Desværre har faget fået et omdømme som underbetalt og stressende, og det får en del til at vælge det fra. Det har som bekendt også været et tveægget sværd, at sundhedsuddannelserne er blevet mere teoretiske; de studerende, der er til den slags, vil da hellere gå på universitetet, og mange af dem, der bare gerne vil være dygtige sygeplejersker, falder fra undervejs ♦

Manglen på speciallæger skyldes eksempelvis ikke en aktuel nedgang i antallet af studerende eller et stort frafald, sådan som det er tilfældet for flere af de mellemlange, videregående sundhedsuddannelser, fx til sygeplejerske, radiograf og bioanalytiker.

Miseren for lægefaget opstod i de tidlige 1980'ere, hvor optaget på medicinstudiet ud fra datidens fremskrivninger blev begrænset for at undgå overproduktion. I disse år er efterkrigstidens nyuddannede læger desuden på vej på pension.

”Det tager mellem 10-12 år at producere en speciallæge. Selvom der nu er blevet strammet op, så læger kommer lidt hurtigere igennem deres specialeuddannelse, vil effekten først indtræffe om tidligst 12 år. Derfor må der sættes mere på opgaveflytning, altså at opgaver, som strengt taget ikke kræver lægens ekspertise, overtages af sygeplejersker, lægesekretærer og andre faggrupper. Sundhedsvæsenet skal også kigge på, i hvilket omfang fx en kroniker behøver at blive tilset af en læge. Måske kan en ekspertsygeplejerske klare det meste,” siger han.

Som økonom mener han ikke, at et markant lønløft, sådan som flere faggrupper har krævet det, vil løse underskuddet på arbejdskraft. I alt fald ikke i de faggrupper, hvor deltidsansættelse er udbredt.

”Lønstigninger vil udløse løninflation og vil alligevel næppe flytte arbejdskraft fra den private til den offentlige sektor. Dels er det mere sandsynligt, at fx sygeplejersker vil bruge en lønstigning til at købe sig mere fritid; det er dét, man i kedelig økonomisk teori kalder ”indkomsteffekten”.

Til gengæld bør de hospitalsansatte være mere begejstrede for at gå på arbejde. Der skal sættes ind for at skabe gode arbejdspladser med udviklingsmuligheder for den enkelte medarbejder. Her skal ledelserne have mulighed for at føre en langt mere offensiv personalepolitik, mener Kjeld Møller Pedersen.

Import af udenlandsk arbejdskraft, automatisering, hvor det er muligt, samt stadige rationaliseringer af arbejds gange og patientforløb er tiltag, der også allerede er i fuld gang flere steder. Men også der vil det være oplagt at gennemgå, om der er flere gevinster at høste, understreger SDU-professoren ♦

REKRUTTERING FRA UDLANDET SKAL KVALIFICERES

Der er uudnyttede muligheder for at rekruttere udenlandske medarbejdere til det danske sundhedsvæsen. Hvis - vel at mærke - det gøres med fornemmelse for kulturelle forskelle og behov, mener Steen Vidø.

Steen Vidø, direktør i rekrutteringskoncernen Mercuri Urval, råder det danske sundhedsvæsen til at sigte efter de lavthængende frugter først:

”Ser man på vores nærområder - Sverige og Tyskland - så betragtes danske løn- og arbejdsforhold faktisk som meget fordelagtige. I Sverige betaler arbejdsgiverne nemlig de sociale udgifter, hvor vi i Danmark får dem dækket af det offentlige. Det betyder en højere udbetalt løn fra en dansk arbejdsgiver. Og både svenskerne og tyskerne fremhæver, at der er en mindre formel omgangstone og større selvstændighed på danske arbejdspladser. Satte man rekrutteringen bedre i system, kunne man sikkert få flere svenskere med de relevante uddannelser til at pendle over Øresundsbroen til hovedstadsområdet. Og få flere tyskere til at bosætte sig på den anden siden af grænsen i Region Syddanmark,” vurderer rekrutteringsdirektøren.

Til gengæld har han sine betænkeligheder ved at hyre og kontraktansætte medarbejdere fra 3. verdenslande, fx Indien, som Region Midtjylland har gjort.

”For de engelsktalende indiske læger vil dét at arbejde i et vestligt land næsten altid være led i en karrierestrategi, der helst skal ende i London. Det bør man i alt fald vide i regionerne og tage højde for i lægernes kontrakter, så man ikke spilder en masse ressourcer på fx sprogundervisning og oplæring for læger, der kun bliver her i landet i kort tid,” lyder hans råd.

Udover sproget kan banale ting som klima og kost også blokere vejen for en vellykket integration af udenlandsk arbejdskraft. Den slags bør man analysere, som Steen Vidø siger:

”De regioner, der har udsigt til en permanent mangel på arbejdskraft i sundhedssektoren i udkantområ-

”For de engelsktalende indiske læger vil dét at arbejde i et vestligt land næsten altid være led i en karrierestrategi, der helst skal ende i London”

derne, burde satse på at tiltrække veluddannede medarbejdere fra områder uden alt for store kulturelle forskelle. Eksempelvis fra landene i Østeuropa, hvor uddannelsesniveaue er højt og lønningerne er lave. Og man kunne vurdere, om det ikke også burde være muligt at lade dem tage deres forældre med, så de kan forsørge dem her. Ligesom de østeuropæiske håndværkere, vil de jo alligevel sende penge hjem til dem. Har man først hele familien her, er der en stor chance for, at de bliver!” siger Steen Vidø ♦



SUNDHEDSPERSONALE SKAL KONCENTRERE SIG OM KERNEN I DERES FAG

Egentlig burde samtlige faggrupper i sundhedssektoren definere, hvad der er deres kernekompetencer, og hvordan de bedst udnytter dem i samspillet med andre faggrupper. Og så se at få fordelt opgaverne i fremtidens sundhedsvæsen på en fornuftig og fleksibel måde.

Christina Holm-Petersen, ph.d. i sygehusfusioner og master i samspil mellem videnskab, samfund og teknologi, er ansat på Dansk Sundhedsinstitut, DSI, og har studeret fagprofessionalisme i sundhedsvæsenet. Hun har specielt set på årsagerne til den udtalte sygeplejerskemangel.

"Det er allerede blevet kritiseret en del, at de mellemfaglige, videregående sundhedsuddannelser er blevet for akademiserede i forhold til de opgaver, de skal udføre ude på afdelingerne.

Altså at de sygeplejerskestuderende har læst lidt af filosofierne Habermas, Bordieu og Foucault på

deres studie, men ikke har hænderne skruet ordentligt på, når det kommer til den kliniske sygepleje.

Jeg kan fra mine observationer og interviews konstatere, at det netop er sådan, at de nye sygeplejersker opfattes af deres ældre kolleger.

Studieplanerne er da også blevet revideret. Men det er stadig et problem, hvis vi rekrutterer studerende, der egentlig syntes, at det kunne være sjovt at studere sociologi, mens de, der virkelig gerne vil være sygeplejersker, falder fra, fordi de føler, at de ikke er dygtige nok til abstrakte sociologiske teorier.

Sygeplejersker burde hellere beskæftige sig indgående med teorier om klinisk sygepleje. Og hvis de gerne vil matche lægerne i kampen om ledelsesfunktionerne på sygehusene, så skulle de måske netop se at opruste på naturfag og sygeplejelære frem for på samfundsvidenskab og humaniora," foreslår Christina Holm-Petersen.

Et større fokus omkring det naturfaglige kunne sandsynligvis også tiltrække flere mandlige studerende. Der er mange teknisk betonedede funktioner i sygeplejefaget, der netop burde kunne appellere til begge køn.

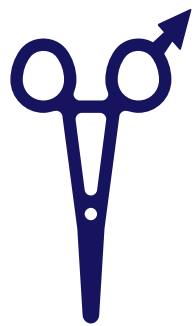
"Det ville helt sikkert være sundt for faget og faggruppens selvforståelse, hvis der kom flere mænd. Sygeplejefaget lider jo af en vis kønsstigmatisering," mener hun.

Til gengæld tror hun ikke på, at sundhedsplanlæggerne får held til at aktivere de "ekstra" arbejdstimer hos de mange deltidsarbejdende sygeplejersker, sådan som en del taler om.

"De kvinder, der vælger at blive sygeplejersker, er ofte idealister omkring deres funktion som omsorgsperson. Det gør sig også gældende på hjemmefronten. Der vil de heller ikke gå på kompromis. Skal man have dem til at arbejde mere, skal de derfor føle, at de er i et miljø, som understøtter deres oplevelse af at gøre en forskel. Det er sandsynligvis også derfor at en del af dem tiltrækkes af job på privathospitalerne.

Ud over at lønnen er højere, og der ofte ikke er nat- og weekendarbejde, så er der også dér en serviceatmosfære med glade patienter og bedre fysiske rammer end de fleste steder i det offentlige. Hvis der er noget, der virkelig demotiverer sygeplejersker og kan få dem til at forlade deres fag, er det, hvis de ikke har tid og rum til at udføre dét, de mener er god sygepleje," siger Christina Holm-Petersen ♦

"Det ville helt sikkert være sundt for faget og faggruppens selvforståelse, hvis der kom flere mænd"



Løn og ledelse tæller også

Bert Asbild er formand Danske Bioanalytikere: "Skal vi vende flugten fra sundhedssektoren, handler det om tre ting: Anerkendelse, arbejdsglæde og god ledelse. Og tør ingen andre sige det, så gør jeg det gerne: Hvordan i al verden skal vi kunne tiltrække unge fra de smalle ungdomsårgange, når alle ved, at der er uddannelser, der umiddelbart giver en højere løn i det private? Løn er en rekrutteringsparameter, og politikerne burde betragte et lønløft til velfærdsfagene som en investering på samme måde som investeringer i mursten og teknologi. Kvalificeret ledelse er nødvendig, hvis vi skal stoppe sivningen fra det offentlige. Der bliver i disse år i stigende grad krævet, at lederne skal uddanne sig til opgaven, og det er rigtigt godt. Men de skal også have tid og lov til at lede, og det kan godt knibe i det offentlige, hvor rammerne kan opleves som meget fastlagte. Der skal gives rum til at skabe dynamiske og fleksible arbejdspladser med plads til medarbejdere i forskellige livsfaser. Det vil resultere i lavere sygefravær, større produktivitet og ja, lige netop – i at færre forlader sundhedssektoren før tid."



De unge vil ikke ynkes

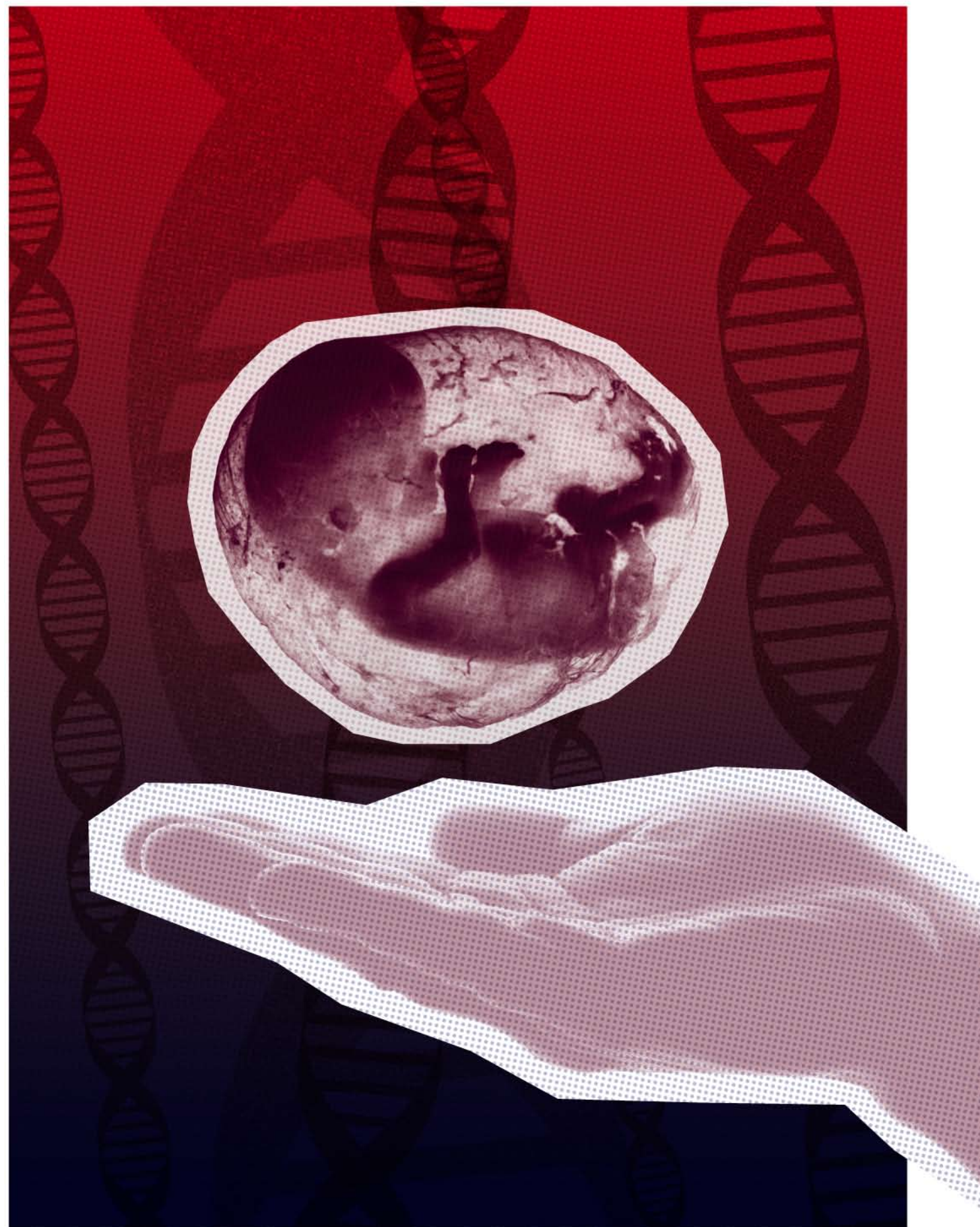
Anne Knudsen er antropolog og chefredaktør på Weekendavisen: "Unge mennesker vil opleve sig som 'prægtige', som Karen Blixen kaldte det. De vil være stolte over dét, de udretter. Det er der sådan set også masser af anledning til, når man arbejder med syge.

Men det er bare en historie, som sundhedsvæsenet og hele velværdsssektoren er meget dårlig til at sælge i disse år. Det hele handler om lav løn, travlhed og for få ressourcer. En lang historie om utilstrækkelighed.

Fagforeningernes lønstrategi har været at kræve højere løn som en slags kompensation. Ikke som en belønning for dygtighed, men fordi medarbejderne skal ynkes.

Hvordan kommer medarbejderne så til at føle sig prægtige i sundhedssektoren? Ved at få ros. Ros, der er givet for at have opnået veldefinerede mål. Gerne ambitiøse, men frem for alt, opnåelige mål. Det er et ledelsesansvar at opstille de mål, men det kræver også, at medarbejderne selv lærer at være realistiske og ikke tror, at de skal udrette mirakler hver dag."





ETIK/

ER ET LIV ALTID ET LIV...?

Udsigten til en fuldstændig kortlægning af alle borgeres arvmasse samt udvikling af flere kostbare behandlinger både herhjemme og ude i verden, stiller sundhedsvæsenet i vanskelige dilemmaer

Patientbegrebet er under opbrud. Engang lød det galgenhumoristisk, at en rask person blot ikke var blevet undersøgt tilstrækkeligt. Om ganske få år vil vi alle kunne få kortlagt vores arvmasse og se, hvilke sygdomme vi har anlæg for at udvikle senere i livet. Debatten om, hvordan sundhedsvæsenet, de enkelte borgere og deres familier skal håndtere de informationer, er først i sin vorden.

Patientbegrebet er også under pres udefra. Et internationaliseret sundhedsmarked med let tilgængelige behandlinger får allerede i dag danskere til at søge behandling i udlandet.

Den ubehagelige og tilbagevendende diskussion om, hvorvidt nogle liv er for dyre at redde, trænger sig på.

AT VIDE ELLER IKKE VIDE; DET ER DILEMMAET

Thomas G. Jensen, professor ved Århus Universitet, formand for Dansk Selskab for Medicinsk Genetik og medlem af Det Ethiske Råd, præsenterer et fremtids-scenarium:

”Om ikke så få år vil alle nyfødte kunne få udleveret en cd-rom med en kortlægning af hele deres arvemasse. Den vil præcist kunne oplyse den arvelige disposition for lidelser, de vil kunne udvikle senere i livet. Det vil betyde, at man kan sætte tidligt ind med kontrolprogrammer eller forebyggende behandling. Med tiden vil patienter også kunne tilbydes en behandling, som er skræddersyet til deres særlige genvarianter, og som derfor vil være både mere

effektiv og have færre bivirkninger.”

”Skal vi som samfund acceptere, at et barn aborteres, fordi det fx har et uønsket køn?”

Så langt, så lægefagligt godt. Men teknologien rejser også en række etiske

spørgsmål, som samfundet må skynde sig at forholde sig til, understreger han.

”For hvad nu, hvis en person ville foretrække ikke at vide, hvilke sygdomme han eller hun er disponeret for? Genetisk testning inddrager jo hele familien, ligegyldig hvornår i livet, man får den foretaget. Det gælder allerede i dag for familier, der testes for arvelige kræftformer.

Skal oplysningerne om nyfødte børns arvemasse så være forældrenes ejendom? Skal de have adgang til at gå ind på en sådan cd-rom og kigge efter alt muligt, eventuelt også normalegenskaber, som måske bliver betragtet som uhensigtsmæssige? Eller bør de oplysninger først overdrages til børnene selv, når de blive myndige?

Med mindre, for eksempel, at de i barndommen udvikler en sygdom eller nogle symptomer, hvor det vil være lægefagligt relevant at kigge efter i arveanlæg-gene?” lyder det retoriske spørgsmål fra professoren.

Fremtidsscenariet er allerede under hastig udrul-

ning. Seks personer har på verdensplan fået kortlagt deres totale genom i videnskabelig sammenhæng. Indenfor de kommende par år er det målet, at tallet skal runde de første 1000. I USA har et medicoteknisk firma meddelt, at det om kort tid vil lancere en chip, der kan foretage samme procedure på mindre end en halv time.

”Der udbydes allerede nu en lang række gentests på Internettet, og patienter er begyndt at møde op hos deres praktiserende læger med resultatet af kommercielle gentest. Det skærper kravene til kvalificeret rådgivning. Både efter, men ikke mindst før en gentest. Det er nemlig ikke alle sygdomsdispositioner, sundhedsvæsenet kan stille noget op imod i dag. Og når man ser på en persons samlede arvemasse, vil der være en masse ”støj”. Fx genvarianter, der ikke betyder noget. Derfor er det vigtigt, at sundhedspersonale bliver i stand til at håndtere meget store mængder information og foretage forholdsvis præcise risikovurderinger. Der ligger også en stor pædagogisk opgave i at gøre det forståeligt for befolkningen, hvad en sådan risikovurdering indebærer,” forklarer Thomas G. Jensen.

Men hvorfor ikke egentlig blot skaffe sig fuldt overblik over kommende samfundsborgeres arvemasse allerede inden de er født?

Etisk Råd er netop i 2009 i gang med at diskutere, hvad adgangen til meget tidlig, non-invasiv gentestning af fostre vil betyde for vores opfattelse af menneskeværd. Skånsomme testmetoder, der kan isolere dna fra barnet i en blodprøve på gravide før 12 uge, er under udvikling. Med dem kan forældreparret få direkte adgang til at kende, ikke alene hele fosterets fremtidige sygdomsprofil, men også en række normalegenskaber. Før grænsen for fri abort.

”Skal vi som samfund acceptere, at et barn aborteres, fordi det fx har et uønsket køn? Det mener jeg, vil være forkert. Det kan godt være, at vi skal forbyde, at teste for visse normalegenskaber i forbindelse med fosterdiagnostik,” siger han ♦

PATIENTER UDEN GRÆNSER

Danskere skal have ”let og lige adgang” til sundhedsydelser, lyder det i Sundhedsloven. Men princippet udfordres blandt andet af, at stadig flere danskere søger behandling uden for landets grænser.

Sådan vurderer **Mette Hartlev,** professor i sundhedsret og bioret ved Københavns Universitet.

”Når præcis den formulering står i loven, så har den juridisk relevans. Den skal altså ikke blot opfattes som en politisk hensigtserklæring. Loven er imidlertid vedtaget ud fra forestillingen om sundhedsvæsenet som et rent nationalt anliggende. Men med internationaliseringen af sundhedsvæsenet kommer vi til at tage stilling til, hvor langt lovgivningen skal sikre, at borgerne har let og lige adgang til de ydelser, der fås i udlandet,” konstaterer hun.

Mette Hartlev peger på, at fx flere kræftpatienter søger behandling i Tyskland eller Fjernøsten, og at EU er på trapperne med et direktiv, der præciserer hvilke rettigheder, borgerne i medlemslandene har med hensyn til behandling på tværs af nationalstaterne.

”I dag foregår behandlingsrejser ofte på patientens og de pårørendes eget initiativ. Veluddannede, sprogkyndige patienter, der eventuelt kan tage lån i deres friværldi for at lægge ud for betalingen, er således langt bedre stillede, end andre borgere. Så længe det danske sundhedsvæsen sikrer et generelt og kvalificeret behandlingstilbud, kan det være i orden. Men hvad sker der, hvis det danske sundhedsvæsen i større omfang begynder at planlægge, at visse typer behandlinger kun foretages bestemte steder i EU? Hvordan vil danske patienter, der ikke taler fremmedsprog eller ikke har råd til at foretage rejsen og tage pårørende med, så være stillet? Kan vi så stadig tale om let og lige adgang for alle? Det er i alt fald spørgsmål, der kræver stillingtagen”, mener Mette Hartlev ♦



De svage patienter bliver taberne

Ole Hartling, ledende overlæge på Vejle Sygehus og tidl. formand for Etisk Råd: ”Sundhedsvæsenets største etiske udfordring er den privatisering, der er gang. Markedsgørelsen er ved at skrævvride det velfungerende, solidariske velfærdssystem, vi ellers er berømte for. Og det går hurtigere, end nogen, vist havde forestillet sig det. De private hospitaler sidder allerede på nogle nøgleområder og bliver via behandlingsgarantier, særlige pris aftaler og fradragsberettigede sundhedsforsikringer favoriseret økonomisk. Det kan ikke undgå, at føre til overbehandling af nogle patienter på bekostning af andre, nemlig de uarbejdsdygtige, de kronisk syge, de svage og gamle patienter. De bliver taberne i den ulighed, der er på vej.

Fortsætter udviklingen, bliver det stadig sværere for lægerne, at leve op til lægeløftet om, at ”jeg stedse vil bære lige samvittighedsfuld omsorg for den fattige som for den rige”.

Jeg mener ikke, at sundhed skal være et marked, eller at en patient skal være en kunde. Jeg er klar over, at udviklingen går i den retning. Men det er en alvorlig trussel mod det sundhedsvæsen, vi kender.”



"HVEM SKAL BESTEMME, AT TRE MÅNEDER IKKE ER LANG TID?"

Når **Jes Søgaard**, professor i sundhedsøkonomi og direktør for Dansk Sundhedsinstitut, hører efterlysninger af prioriteringer i sundhedsvæsenet, er hans første reaktion: "Nu igen!"

"Det er en diskussion, der dukker op hvert 10. år," siger Jes Søgaard. Han mener debatten ofte er skæv, fordi præmissen er, at der ikke prioriteres. Det gør der, understreger han.

"Danmark har holdt sundhedsudgifterne på samme procentdel af vores bruttonationalprodukt i 35 år, nemlig på otte procent. I andre lande er den andel fordoblet i samme periode. Noget tyder altså på, at vi alligevel har foretaget en eller anden form for priori-

tering, når udgifterne ikke er steget på samme måde på trods af nye behandlingsteknologier og medicin. Spørgsmålet er ikke om vi prioriterer, men om vi gør det på den rigtige måde," spekulerer

sundhedsprofessoren.

Han er selv manden bag flere medicinske teknologivurderinger og har således stor erfaring med regnestykker, der både opgør udgifter og gevinster, fx i form af vundne leveår, ved nye behandlinger. Men for Jes Søgaard er det vigtigt at pointere, at der er forskel på at beregne, om et nyt forebyggelsestiltag er prisen værd, eller om livstruede mennesker skal tilbydes en ny medicin eller anden behandling, fx hæmodialyse.

"Politikere vil ofte gerne have et eksakt facit ud af den slags cost-benefit-analyser. Fx om hvorvidt en ny kostbar medicin skal gøres tilgængelig eller ej og for hvilke patientgrupper. Jeg gør altid meget ud af at uddybe usikkerheden ved disse kalkuler.

Lægen, der skal vurdere om en dyr medicin skal gives til en dødssyg patient, står over for et menneske. Og hvem skal så bestemme, at tre måneder ikke er lang tid? Det vil jeg postulere, at det godt kan være. Og i nogle tilfælde er det langt fra sikkert, at vedkommende ikke skulle leve mere end de tre måneder.

Jeg er statistiker. Det er faktisk mit speciale at regne med usikkerhed, og jeg vil advare imod prioriteringer, netop når det gælder om medicin til døds-syge patienter. På det kurative område skal det i alt fald ske meget varsomt, og bør aldrig stå i vejen for den individuelle, lægefaglige vurdering," understreger Jes Søgaard.

Til gengæld giver det god mening at benytte cost-benefit-kalkuler i planlægningen af forebyggelse, mener han. Her er sikkerheden i beregningerne typisk bedre, fordi det drejer sig om store befolkningsgrupper.

"De billigste vundne leveår, jeg således har været med til at beregne, er for rygestopindsatser. Her er prisen faktisk negativ. Rygestopindsats ved hjælp af nikotinsubstitution og samtalerapi sparer sundhedsvæsenet for mange senere sundhedsudgifter, også selv om ex-rygere lever længere. Alligevel nedprioriteres de generelt i sundhedsvæsenet, mens fx lægemidlet betainterferon gives til sclerosepatienter, selv om det er dyrt og effekten lille" ♦



Presset af prioritering

Torben Grønnebæk, tidligere formand for foreningen Sjældne Diagnoser: "Jeg kan være bekymret for, om lige adgang til behandling også i fremtiden vil gælde de patienter, jeg er formand for. Med den stadige udvikling af ny, dyr medicin, også til flere patienter, vil kravet om prioritering af de økonomiske ressourcer efter alt at dømme presse sig på. Politikerne vil kunne have en større interesse i rundhåndet at bevilge penge til blodtryks- og kolesteroldæmpende præparater til hjertepatienter end at frigive medicin til fx en enkelt patient med Gaucher-sydom, hvis behandling koster fire mio. kr. om året. Det er der flere stemmer i.

Traditionelle cost-benefit-beregningerne lægger vægt på ekstra, vundne leveår ved en behandling, og der står vi ofte svagt, fordi vi er få, og dermed ikke kan bidrage med så mange vundne leveår. Men den måde at tænke på, undergraver adgangen til behandling for vores patientgrupper."



OK at prioritere én patient frem for en anden

Jens Winther Jensen, formand for Den Almindelige Danske Lægeforening: "I Lægeforeningen har vi det grundsynspunkt, at der skal være fri og lige adgang til sundhed for alle. I lægeløftet står der også, at jeg som læge skal arbejde "til samfundet og mine medmenneskers bedste". Derfor mener jeg, at det også – ved siden af den rent lægefaglige vurdering – kan være relevant at inddrage psykosociale forhold. Der har været meget fokus på, om det så betyder, at patienter, der står for at kunne miste deres arbejde, skal foran i køen. Ja, det kan være tilfældet. Men det kan også være den enlige mor til to, der kommer foran. Ikke udfra en nytteetik, men fordi det er til patientens – og dermed til samfundets – bedste.

Ligegyldig hvor mange ressourcer, sundhedsvæsenet har, så står vi hver eneste dag og skal prioritere mellem patienterne. I en akut situation, hvor der kun er én læge til stede og der ligger to patienter med hjertestop; et barn og en ældre person. Da er jeg ikke i tvivl om, hvem jeg skal prioritere. Jeg går naturligvis ind til barnet."





BEHANDLING/

LÆNGERE VÆK – OG TÆTTERE PÅ

Længere til skadestuen for nogle, men adgang til den ypperste medicinske ekspertise for alle – det er formålet med den igangværende reform af den danske sygehusstruktur.

Ældre KOL-patienter hopper sindigt rundt i sundhedscentrets sal. En tre-årig dreng får lagt gips om det brækkede ben af en akutsygeplejerske. Udenfor suser en teknologispækket ambulance i høj fart mod regionens største sygehus med en anæstesi-læge og en specialuddannet paramediciner bag rattet.

Sundhedsvæsenet bevæger sig i disse år både tættere på og længere væk fra borgeren. Avancererede behandlinger samles på få sygehuse, mens den indsats, som bedst klares tæt på, rykker nærmere på borgeren. Milliard-investeringer skal give Danmark nye supersygehuse, der kan leve op til fremtidens høje forventninger til behandling og service.

Sideløbende skal sundhedsvæsenet også skal tackle skærpede krav. Velorien terede patienter vil have klar besked om tilbuddene. De ønsker hurtig adgang til dyr medicin og er klar til at rejse om på den anden side af kloden for at få de nyeste behandlinger. Konkret diskuterer EU i disse år patienters ret til at kræve offentligt finansieret behandling i et andet medlemsland.

Sådan er nogle af sporene lagt ud for de kommende års udvikling. Hvad kommer alle disse nye betingelser til at betyde for sundhedsvæsenet?

SYGEHUSSTRUKTUREN FALDER ALDRIG HELT PÅ PLADS

”Når behandlingerne samles på færre sygehuse, får borgere i visse dele af landet naturligvis længere til et sygehus. Derfor skal der sideløbende ske en styrkelse af de decentrale sundhedstilbud. Netop at få dét samarbejde til at fungere, er den helt store udfordring ved den igangværende reform af sygehusstrukturen.”

Præcist hvordan de enkelte kommuner og regioner vil fordele opgaverne mellem sig, er endnu knap nok nået tegnebrættet, men **Karsten Vrangbæk**, lektor med speciale i sundhedspolitik og forvaltning på såvel Institut for Statskundskab ved Københavns Universitet som på Copenhagen Business School, mener, at alle efterhånden er klar over, at der ingen vej er tilbage: De mindre sygehuse skal enten lukkes eller have en anden rolle. Og så skal der udvikles anderledes former for arbejdsdeling mellem regionale og kommunale sundhedsudbud.

”Vi ved endnu ikke, hvordan de enkelte kommuner vælger at løse deres nye opgaver”

”Vi ved endnu ikke, hvordan de enkelte kommuner vælger at løse deres nye opgaver. Det vil sandsynligvis ske efter flere forskellige modeller og i varierende takter. Derfor bør der også hele tiden være fokus på, om kommunerne faktisk har ekspertisen til at løfte den forpligtelse. Det vil være en stadig proces. Vi får dermed ikke sygehusstrukturen ”på plads”, sådan én gang for alle.

Den stadige medicinske udvikling vil betyde, at der konstant vil være nye behandlingstyper og deres placering, at tage stilling til,” siger lektoren, der blandt andet har arbejdet med kvalitetsstyringsredskaber i sundhedssektoren.

Sundhedsstyrelsens råd er, at kun ca. 20 sygehuse i landet skal have akutmodtagelse om få år, og det stiller nye skrappe krav til regionernes præhospitale beredskab. Regeringen har sat 100 mio. kr. af til formålet, og Sundhedsstyrelsen pålægger i sine retningslinier regionerne, at de sørger for tage højde for de længere afstande og befolkningens oplevelse af tryghed.

De storkommuner, der opstod efter kommunalreformen skal til gengæld oprette tværfaglige sundhedscentre, som kan tage sig af en række ikke-akutte, patientnære opgaver, der ikke nødvendigvis kræver lægelig konsultation: fx svangreomsorg, misbrugsbehandling samt hjælp til kronisk syge og genoptræning.

”Selvom det af flere grunde er nødvendigt at samle de lægelige specialer på store sygehuse og opruste i det decentrale led, så er der stadig mange ubesvarede spørgsmål til den igangværende proces. Fx giver store enheder ikke udelukkende rationaliseringsgevinster, men også det modsatte. Store organisationer kræver nemlig flere ledelseslag og mere koordination. Ansvarsplaceringen bliver dermed måske ikke helt så entydig, som man kunne ønske sig det” ♦

SUNDHEDSCOACHES SKAL SIKRE FRI OG LIGE ADGANG

Det er ikke en selvfølge, at kommuner og regioner står for drift af sygehuse og sundhedscentre i fremtiden, mener Allan Krasnik

Allan Krasnik, professor ved afdeling for sundheds-tjenesteforskning på Institut for Folkesundhedsvidenskab under Københavns Universitet, forudser, at mange opgaver vil skifte hænder i de kommende år.

”En mulighed kan være, at kommunerne, der nu skal overtage en række patientnære sundhedstilbud, lader private udbydere drive deres sundhedscentre. Nogle af dem vil måske være internationale firmaer. En anden mulig udvikling er, at de offentlige sygehuse ender med at blive selvejende institutioner. Måske har regionerne blot været tænkt som et overgangsfænomen, der skulle stå i spidsen for den igangværende centraliseringsøvelse. De tre myndighedsniveauer, vi ender med i det danske sundhedsvæsen, kan dermed blive det kommunale, det statslige og det internationale, herunder EU.

Vi kommer under alle omstændigheder til at se, at flere patienter involverer sig i aktivt i de professionelle beslutninger. Veloplyste patienter vil være med til at bestemme, hvilke undersøgelser og behandlinger de skal have, og de vil forlange en second opinion, hvis de ikke er tilfredse med den første læge. Mange vil forsikre sig til ekstra pakker af sundheds-ydelser i et forsikringsselskab, enten som et supplement eller et alternativ til den offentlige sygesikring.”

Allan Krasnik ser en risiko for, at de svageste patienter kan blive hængt af – en udvikling, som kan true princippet om fri og lige adgang til sundheds-ydelser. De patienter, der hverken går på nettet eller kunne drømme om at anfægte lægens autoritet, kan få svært ved at orientere sig i fremtidens sundheds-supermarked af offentlige, private og globale udbydere. Jo flere tilbud, jo større behov vil de svageste borgere have for hjælp til at finde de bedste.

”Sundhedsvæsenet bør overveje at indføre sundheds-coaches, så patienterne får en fast person, der kan guide dem igennem et behandlingsforløb. En, der kan sørge for at der bliver booket tider og se til, at patienten forstår, hvad der foregår. Den rolle har den

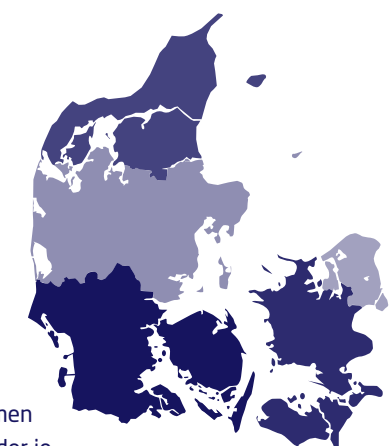
praktiserende læge hidtil haft, i nogen grad, men manglen på alment praktiserende læger betyder jo, at patienterne ikke længere kan regne med at møde den samme læge på samme måde som før. Især én ting vil blive karakteristisk for fremtidens sundhedsvæsen; at patienten ikke kommer ind til Doktoren hver gang. Langt flere opgaver skal fremover varetages af andre faggrupper end netop læger,” siger professoren ♦

”Langt flere opgaver skal fremover varetages af andre faggrupper end netop læger.”

De lokale sygehuse kan bruge telemedicin

Jesper Egerup, praktiserende læge, Ulfborg: ”Danmark bør bevare de små sygehusenheder og udbygge dem i stedet for at bygge store superhospitaler. Befolkningen har behov for den tryghed, de lokale sygehuse giver. De sygehusplaner, der ligger på bordet, vil desuden skabe en voldsom trafik af patienter, pårørende og personale på landevejene. En stor del af sundhedsbudgetterne vil simpelthen blive brugt på transport. Og alligevel vil vi ikke kunne undgå utryghed og dødsensfarlige situationer.

Hvis de lokale sygehus sikres bløddelskirurger, ortopædkirurger, medicinere samt røntgen- og narkosepersonale, kan de klare op mod 80 procent af patienterne. Med telemedicin videokameraer, online-teknologi og på et tidspunkt formentlig også operationsrobotter kan de desuden trække på den højeste ekspertise fra de store universitetshospitaler. Eller udlandet, for den sags skyld. Det er en meget mere rationel måde at bruge ressourcerne på.”



EN NY HOFTE I INDIEN

Nye diagnostiske metoder, der kan opdage sygdomme meget længe inden de opstår, og en generation af ældre, som er meget opmærksomme på sygdomstegn.

Det skaber et accelererende pres på sundhedssystemet, hvor de ressourcestærke kan ende med at sætte sig på de fleste ressourcer, vurderer kulturgeograf **Mads Stampe Frederiksen**, der er konsulent i firmaet New Insight A/S, som rådgiver sundhedssektoren om udvikling og innovation.

Han ser to udviklingstendenser, der begge kan bidrage til at mindske behovet for senge og personale på de danske sygehuse.

"I stedet for, at enkeltpersoner som i dag på eget initiativ tager til Fjernøsten eller Polen – med eller

uden en privat sundhedsforsikring eller behandlingsgaranti fra det offentlige – vil de offentlige sundhedsplanlæggerne på et tidspunkt sætte sundhedstourismen i system og købe hele behandlingspakker i udlandet som en strategi. Fx sende alle de patienter, der skal have ortopædiske indgreb, til hospitaler i Indien eller andre lavtlønslande. Andre vil blive sendt til operation for grå stær i Tyrkiet, hvor de foretager øjenoperationer på samleband. Deres øjenlæger laver flere operationer om året end nogen tilsvarende dansk speciallæge. Der er også en række andre lande, der som en decideret erhvervsstrategi har specialiseret sig i særlige typer operationer, som de markedsfører sig på internationalt," siger Mads Stampe Frederiksen.

I den arbejdsfordeling kunne det danske sundhedsvæsen koncentrere sig om mere forskningsbaserede og mindre arbejdskraftintensive behandlingsteknologier og udvikle *centres of excellence* med patientoptag fra hele kloden", forudser han.

Helt andre patienter skal til gengæld helt bogstaveligt talt blive hjemme. Hjerterpatienten, KOL-patienten eller diabetikeren vil være *on line* med sygehuset eller sundhedscenteret og – ude af en lidt længere tidshorisont – måske være udstyret med en mikrochip i kroppen, der kontinuerligt kan måle blodtryk og andre biokemiske parametre. Denne teknologi skal ud af sygehuse og ud i folks hjem, hvor lægen så en gang i mellem kan komme på besøg. Det vil alt andet lige lægge et større ansvar på patienternes skuldre, men bliver nødvendigt, hvis der er skal være ressourcer til at tage sig af de patienter, som har allermest brug for lægelig behandling og indlæggelse på sygehuse, mener Mads Stampe Frederiksen ♦

"Der er også en række andre lande, der som en decideret erhvervsstrategi har specialiseret sig i særlige typer operationer."

Ekspertise frem for falsk tryghed



Peter Clemmensen, formand for Hjertereforeningen: "Vi er meget tilfredse med den sygehusstruktur, der er ved at tage form. Vores patienter har både brug for den allerhøjeste ekspertise, når det gælder fx hjertekirurgi og -transplantation, og en tryghed i lokalområdet, hvis de pludselig skulle falde om med hjertestop.

Den udvidede præhospitale indsats med lægeambulancer, akutbiler og telemedicin har allerede i flere år været under udvikling, så den støtter op om en struktur med færre, men større sygehuse og dermed længere afstand til sygehuse for nogle. At der ligger et mindre sygehus i nærheden, er ofte en falsk tryghed, hvis den ekspertise, man har brug for som hjerterpatient fx til en ballonudvidelse alligevel ikke findes der.

Men jeg mener også, at der skal sættes på et tredje ben: befolkningen skal lære basal genoplivning, og så skal brugen af defibrillatorer sættes i system, så de er til rådighed, hvor folk færdes. Når det gælder hjertestop udenfor hospital, er der faktisk op mod 500 liv at redde om året, hvis folk kunne yde førstehjælp."

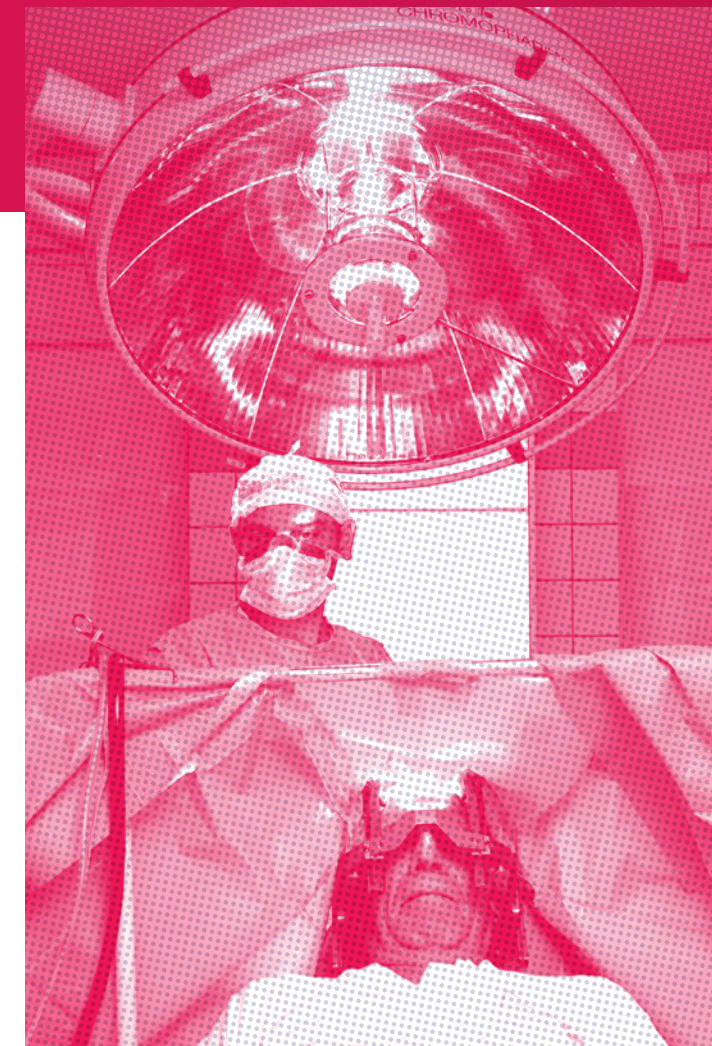
Privathospitaler skal tænkes med



Vinni Breuning, næstformand i Brancheorganisationen for Privathospitaler og Klinikker:

"De private hospitaler bør tænkes med i planlægningen af sygehusreformen. Det er jo oplagt, at vi i den private sygehussektor udbyder visse specialfunktioner, så de offentlige sygehuse kan vælge at bruge ressourcerne andre steder. Det er klart, at det forudsætter, at vi lever op til de samme kvalitetskrav, som gælder på de offentlige sygehuse. Det er vi helt på det rene med.

Men det forudsætter så også, at vi kan regne med, at få henvist et tilstrækkeligt antal operationer så vores læger kan opretholde standarden. Og så skal vi sikres en takst, så det kan løbe rundt for os økonomisk. Det er ikke altid tilfældet i dag."



100 ÅRS SUNDHED

Sundhedsstyrelsen er den øverste sundhedsfaglige myndighed i Danmark og har som en hovedopgave at rådgive den ansvarlige minister. Netop denne opgave har i mere end to århundreder været omdrejningspunktet for en magtkamp mellem læger og embedsmænd, især jurister.

MELLEM LÆGER OG POLITIKERE

Af Kurt Jacobsen

Sundhedsstyrelsen er den øverste sundhedsfaglige myndighed i Danmark og har som en hovedopgave at rådgive den ansvarlige minister. Netop denne opgave har i mere end to århundreder været omdrejningspunktet for en magtkamp mellem læger og embedsmænd, især jurister. Stridens omdrejningspunkt har gennem alle årene været, at lægerne mente, det burde være en læge, der rådgav den øverste politiske beslutningstager, det være sig kongen eller en minister. Embedsmændene var derimod af den opfattelse, at man ikke kunne give en læge direkte adgang til beslutningstagerne.

Allerede ved oprettelsen af Collegium Medicum i 1740 blev fronterne trukket op. Collegiet var tiltænkt en række executive beføjelser, men juristerne i Danske Kancelli var helt utilbøjelige til at afgive selv den mindste del af deres kompetence. Collegiet fik derfor en rent rådgivende funktion overfor kancelliet – og slet ikke direkte adgang til kongen – og sygnede efterhånden hen.

I steder oprettedes i 1803 Det Kongelige Sundhedskollegium, der dog heller ikke fik direkte adgang til kongen. Blandt danske læger voksede kravet imidlertid om en lægefaglig instans med direkte adgang til kongen, og efter sin oprettelse i 1857 gik den Almindelige Danske Lægeforening ind for et selvstændigt sundhedsdepartement i ministeriet med en læge som departementschef.

I 1907 nedlagde Sundhedskollegiet sig selv, da daværende justitsminister Peder Adler Alberti ofte

ignorerede rådets afgørelser. Efter et års tænkepause blev en parlamentarisk medicinalkommission nedsat. Formand blev overlæge, dr. med. Knud Faber, der opgav lægernes mangeårige krav om et selvstændigt sundhedsdepartement. I givet tilfælde ville departementschefen uvægerligt blive en embedsmand, der handlede på ministerens vegne, hvilket ville svække den pågældendes lægefaglige uafhængighed. I stedet foreslog Faber en Sundhedsstyrelse udenfor ministeriet – ledet af en læge, der ikke havde status som departementschef, men alligevel direkte adgang til ministeren.

Justitsministeriets departementschef var medlem af kommissionen og vendte sig stærkt imod Fabers forslag. Knud Faber fik imidlertid sin vilje, og 17. marts 1909 kunne kommissionen enstemmigt vedtage den endelige betænkning og det endelige lovudkast. Den afgørende formulering lød:¹

”Sundhedsstyrelsen ... er øverste Raadgiver for det Offentlige i alle Forhold, der kræve lægekyndig eller apothekerkyndig Indsigt. I denne egenskab bliver Styrelsen at høre af Centraladministrationens forskellige Afdelinger i alle Sager, hvis Afgørelse skønnes at kræve saadan Indsigt.”

Endvidere blev det fastslået, at formanden for Sundhedsstyrelsen fik adgang til mundtlig forhandling med ministeren.

1: Niels Petersen: Det kgl. Sundhedskollegium 1803-1907, p. 160.



FOTO: MEDICINSK MUSEION

VERDENS VÆRSTE KATASTROFE 1918

Den spanske syge er – talt i menneskeliv – den største katastrofe, der har ramt menneskeheden. 25 millioner mennesker bukkede i løbet af to år under for denne influenza. Ca. 14.000 danskere døde. Sundhedsstyrelsen lukkede skolerne for at stoppe smittespredningen. I dag ved vi langt mere og er forberedt på en kommende influenzaepidemi – blandt andet på grund af Sundhedsstyrelsens beredskabsplan: ”Beredskab for pandemisk influenza”, der udkom i 2006.

Inden fremlæggelsen på Rigsdagen blev lovforslaget behandlet i Rigsdagen, der foreslog en række ændringer ”for at trække den rette Grænse mellem Sundhedsstyrelsen som det sagkyndige Raad paa den ene Side, og Regeringen som den ansvarlige Myndighed paa den anden Side”. Det var især bestemmelsen om, at Sundhedsstyrelsen skulle høres, og at formanden fik adgang til mundtlig forhandling med ministeren, juristerne ikke brød sig om. Sidstnævnte, mente de, var ”mindre egnet til at optages i en Lov”, og derfor skulle paragraffen helt ud af lovforslaget.²

I Rigsdagen blev ministeriets indvendinger imidlertid afvist af alle partier, og på to uger gled lovforslaget gennem både Landstinget og Folketinget, så det 30. april 1909 kunne stadfæstes af kongen. Den nye Sundhedsstyrelse kom – foruden en kongelig udnævnt formand – til at bestå af et lægeråd og et apotekerråd med hver tre medlemmer samt et antal afdelinger med sagkyndige konsulenter. Placeringen udenfor ministeriet, men med adgang til ministeren, var et columbusæg. Sundhedsstyrelsen uafhængighed og status som den højeste lægefaglige autoritet var uantastelig.

Styrket Sundhedsstyrelse – nu med medicinaldirektør

Sundhedsstyrelsen blev oprettet midt i opkomsten af det danske sundhedsvæsen, som vi kender det i dag. Fra midten af 1800-tallet frem til ca. 1910 var der opstået et landsdækkende fintmasket net af private almenpraktiserende læger i landsognene samt i købstæderne og de nye stationsbyer. I begyndelsen af 1900-tallet blev denne private sektor suppleret, da kommuner i hele landet begyndte at bygge moderne offentlige sygehuse med blandet belægning og en enkelt overlæge – sædvanligvis en kirurg.

2: Ibid., p. 161.

Gennem de statsstøttede sygekasser skabtes det økonomiske grundlag for, at alle danskere fik lige adgang til behandling hos både de privatpraktiserende læger og på de offentlige sygehuse.

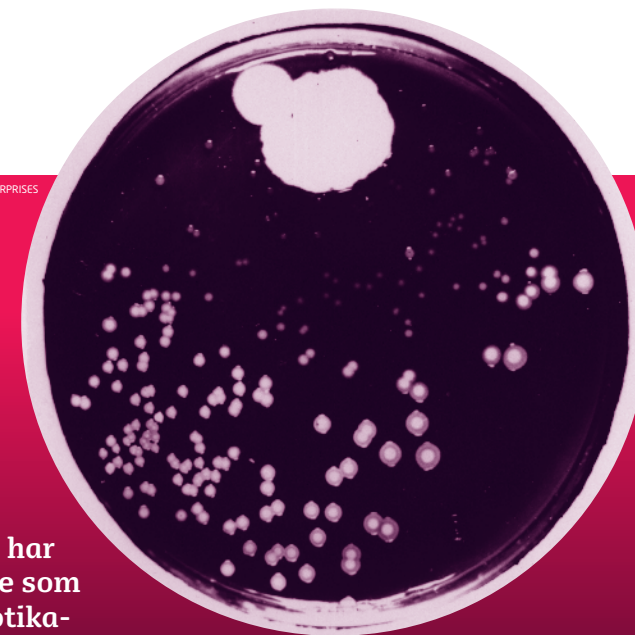
Udviklingen medførte, at Sundhedsstyrelsen i 1924 fik nyt ressortministerium, da sundhedsområdet blev flyttet fra Justitsministeriet til Indenrigsministeriet. Opholdet varede imidlertid kort, da Venstre-regeringen ved sin tiltrædelse i december 1926 oprettede et Ministerium for Sundhed som led i en omlægning af flere ressortområder. Sundhedsministeriet fik imidlertid en kort levetid. Da Stauning (S) i april 1929 igen dannede regering, blev ministeriet nedlagt. Sundhedsstyrelsen holdt igen flyttedag – tilbage til en mere permanent tilværelse i Indenrigsministeriet.

Sundhedsministeriet nåede dog at nedsætte en parlamentarisk kommission, der skulle udforme et forslag til lægelov. Efter to års turbulent kommissionsarbejde og yderligere to Rigsdagssamlinger kunne Lægeloven endelig vedtages af Folketinget i marts 1934. Loven omhandlede ikke specifikt Sundhedsstyrelsen, der ikke desto mindre blev styrket, da anerkendelse af lægelige specialer og godkendelse af speciallæger overgik fra Lægeforeningen til indenrigsministeren efter indstilling fra Sundhedsstyrelsen.

FOTO: RHICAMS ENTERPRISES

MIRAKEL I EN SKÅL 1928

En skål, der var glemt i laboratorium og derfor var blevet muggen, førte i 1928 til en af verdens største medicinske revolutioner, penicillin. Penicillinen angriber bakterier og har reddet millioner af mennesker fra sygdomme som lungebetændelse og blodforgiftning. Antibiotika-behandlingen er i dag truet af bakterieformer, der er resistente overfor penicillinen. Sundhedsstyrelsen rådgiver om, hvordan udbredelsen af resistente bakterier begrænses.



1917

ALKOHOL Afgifter på brændevin får alkoholforbruget til at falde fra ti liter ren alkohol pr. år pr. voksen til to. Siden er forbruget vokset igen til omkring 12 liter. Alkoholmisbrug er hvert år medvirkende årsag i ca. 6.300 dødsfald.

1920

TUBERKULOSE Frem til 1920erne var tuberkulose den sygdom, der dræbte flest unge voksne. I dag betyder bedre hygiejne, moderne boligforhold med frisk luft, effektiv kontaktopsporing og nye behandlingsmetoder, at færre rammes i Danmark, og at stort set alle helbredes.

1920

PASTEURISERING Man begynder at pasteurisere – det vil sige varmebehandle – mælk for at dræbe de bakterier i mælken, som ellers gør folk syge.

1921

INSULIN Det lykkes canadiske forskere at isolere hormonet insulin, og dermed er vejen banet for hjælp til millioner af sukkersygepatienter.

Samtidig blev Sundhedsstyrelsen omlagt med en lov, der fik virkning fra 1. januar 1933. Formandsposten blev nedlagt, og i stedet fik styrelsens chef titel af medicinaldirektør, der ifølge loven skulle være læge.

Medicinaldirektøren fik fuldmagt til at træffe afgørelse i alle sager – dog efter indhentet rådgivning fra de sagkyndige konsulenter.

Ændringen blev gennemført på initiativ af dr. med. Johannes Frandsen, der havde været formand for Sundhedsstyrelsen siden december 1928, og som nu blev Danmarks første medicinaldirektør. Formålet var ”at imødekomme det praktiske livs krav om at kunne handle på stedet, naar det var nødvendigt”, skrev han mange år senere. Og netop det praktiske liv var under stærk udvikling og stillede krav om hurtig handling.³

3: Johannes Frandsen: Sundhedsvæsenet 1927-1961, p. 192.

Specialisering og centralsygehuse

Det begyndte i Hjørring, der var et af de få sygehuse udenfor København, der havde en selvstændig medicinsk afdeling. Afdelingen var oprettet i 1926, men allerede i foråret 1929 var der massiv overbelægning. I stedet for blot at anmode om en udvidelse skrev den medicinske overlæge og sygehusbestyrelsen til både Hjørring Byråd samt Hjørring Amtsråd og foreslog, at sygehuset udvidedes, så det kunne fungere som ”det centrale sygehus i Hjørring Amt, hvor patienterne i enhver henseende kan underkastes den kyndigste specialistvejledning.”⁴

Forslaget blev begrundet med den tiltagende specialisering indenfor både kirurgi og medicin, der gjorde, at ”ingen læge mere er i stand til fuldt ud at beherske alle discipliner”. Ikke kun Hjørring Amt, men alle amter burde derfor have et centralt sygehus, så ”alle mere indviklede ting kan henvises dertil fra hele amtet.” Forslaget var epokegørende i den forstand, at

4: Citeret efter Ibid., p. 33.

NY ORDNING
REDDER LIV

1937

For 100 år siden døde over ti pct. af alle nyfødte børn i Danmark, inden de var fyldt et år. Blandt andet derfor satte Sundhedsstyrelsen i 1929 et forsøg i gang, hvor sundhedsplejersker skulle hjælpe kvinder, der lige havde født. Forsøget blev en succes, og fra 1937 har alle kommuner stillet sundhedsplejersker til rådighed for de nybagte mødre. Ordningen har været med til at nedsætte børnedødeligheden til under én procent.



FOTO: DANSK SYGEPLEJEHISTORISK MUSEUM

1937

MOTION Skolegymnastik har hidtil kun været for drenge. Fra 1937 skulle piger også have gymnastik i skolen. I dag anbefaler Sundhedsstyrelsen, at børn og unge under 18 år er fysisk aktive mindst 60 minutter om dagen.

1940

HYGIEJNE I 1940’erne var WCet blevet meget udbredt i Danmark. Men i København var der stadig 3.200 tøndetoiletter tilbage. De sidste tøndetoiletter i Danmark blev først nedlagt i 2008.

hensigten var at skabe en helhedsmæssig sammenhæng mellem alle sygehuse i amtet.⁵

Imidlertid var der også anmodninger fra flere andre sygehuse i amtet om udvidelser, og i september 1929 blev Sundhedsstyrelsen anmodet om at komme med en udtalelse. Det var helt usædvanligt, at et amtsråd bad Sundhedsstyrelsen om råd, og den nyligt tiltrådte formand, Johannes Frandsen, rejste den lange vej til Hjørring for personligt at besigtige de berørte sygehuse, inden Sundhedsstyrelsen i slutningen af november 1929 sendte sin anbefaling til Hjørring Amtsråd. Den blev samtidig et programskrift for den fremtidige udvikling af det danske sygehusvæsen.

Grundlæggende var Sundhedsstyrelsen enig med sygehusbestyrelsen og anbefalede, at der i hvert amt burde oprettes et ”centralsygehus” med specialafdelinger og speciallæger.

Foruden en kirurgisk og medicinsk afdeling anbefalede det at oprette en røntgenafdeling samt ansætte speciallæger i øjen- samt øre-næse-halssygdomme. Udover centralsygehuset skulle der være et ”passende antal” sygehuse i amtet med blandet belægning og overvejende kirurgisk behandling. Disse sygehuse måtte ikke være for små, dels af økonomiske grunde, men også fordi at et vist antal patienter var nødvendigt for ”vedligeholdelsen af den operative teknik”.⁶

Til grund for forslaget lå den tiltagende specialisering af lægevidenskaben, og først og fremmest, at man nu også indenfor medicin begyndte at gøre store fremskridt. I midten af 1920’erne begyndte man således at anvende insulin til behandling af sukkersyge og B-12-vitamin til behandling af ondartet blodmangel. Det store gennembrud kom i 1935 med

5: Ibid.
6: Ibid., p. 34-35.

sulfapræparatet Prontosil til behandling af halsbetændelse, skarlagensfeber, gigtfeber og barselsfeber samt en række andre sygdomme og infektioner, der hidtil havde været dødelige eller givet langvarige mén – og senere fulgte penicillin.

På det tidspunkt var Johannes Frandsen og Sundhedsstyrelsen, der var uden myndighedsbeføjelser på området, stærkt optaget af at overbevise Amtsrådsforeningen og amterne om nødvendigheden af at oprette centralsygehuse.

Danmarks første sygehuslov

I midten af 1930’erne begyndte staten at yde økonomisk støtte til driften af sygehuse, og under indtryk af den økonomiske verdenskrise voksede den politiske opmærksomhed på Christiansborg for at begrænse væksten i udgifterne. I september 1939 nedsatte indenrigsministeren derfor et sygehusudvalg, der skulle udforme retningslinjer for den fremtidige organisering af sygehusvæsenet. Udbruddet af 2. verdenskrig og den tyske besættelse af Danmark 1940-45 udsatte kommissionens arbejde, og da det blev indledt i december 1945, havde alle amter fået centralsygehuse. Kommissionens opgave blev derfor begrænset, og resultatet blev en hurtig vedtagelse i februar 1946 af Danmarks første sygehuslov siden den kongelige forordning i 1806 om opførelse af sygehuse i amterne.

Loven førte til ændring i reglerne for statstilskud, så udviklingen stimuleredes i de områder, hvor man investerede mest i sygehusvæsenet. Som hidtil lå ansvaret for sygehusene hos amter og købstæder, men som noget helt nyt skulle indenrigsministeren godkende ændringer, udvidelser og indskrænkninger, hvilket placerede Sundhedsstyrelsen i en central rolle.

Desuden oprettedes et nationalt Sygehusråd med repræsentanter fra Indenrigs- og Finansministeriet, amtsrådene, købstæderne og Sundhedsstyrelsen. Sygehusrådet skulle bistå Sundhedsstyrelsen i arbejdet med udbygningen og samordningen af landets sygehusvæsen for med lovens ord ”at kunne give

1950

POLIO Polioepidemien hærger i Danmark og rammer næsten 6.000 mennesker og slår 350 ihjel, heraf langt de fleste børn. I 1955 begynder man at vaccinere mod polio, og det sidste tilfælde i Danmark registreres i 1976.

hele Landets Befolkning Adgang til den enhver Tid bedst mulige Sundhedsbehandling". Hermed var princippet for lige adgang for alle til de nyeste behandlingsmetoder slået fast som centralt mål for sygehuspolitikken.⁷

Sygehusloven blev vedtaget enstemmigt efter en debat, hvor man på tværs af alle partiskel var enige om at bruge flere penge på sygehuse, og at lighedstanken skulle være bærende.

Med de nye regler for statslige tilskud havde man samtidig tilført sygehusvæsenet en selvstændig indre vækstmotor, hvor de konstante lægeviden-

skabelige fremskridt førte til stadig nye investeringer lokalt, hvilket udløste stadigt større statstilskud – uden der blev lagt loft over udviklingen.

Efterkrigstidens vanskelige økonomiske vilkår lagde en dæmper på udviklingen, men da der i slutningen af 1940erne kom gang i Marshall-hjælpen fra USA, og samfundsøkonomien begyndte at bedres, kom der gang i sygehusbyggeriet. I 1953 indledtes opførelsen et nyt amtssygehus i Glostrup, og på Fyn påbegyndtes samme år en omfattende udvidelse af Odense sygehus.

De nye sygehusbyggerier var store og prestigefyldte og indvarslede en ny generation af sygehuse i Danmark. I hele landet indledtes en bølge af nyopførelser, moderniseringer og udvidelser, og i 1958 var det statens tur med beslutningen om opførelse af et

7: Citeret efter Signild Valgård: Sygehuse og sygehuspolitik i Danmark, p. 136.

DANMARKS FARLIGE REKORD

1951

I 1951 beviste engelske forskere, at der er en klar sammenhæng mellem kræft og rygning. I de seneste år er der indført regler, der skal begrænse rygning og beskytte mod passiv rygning. I 2007 indføres markante begrænsninger for, hvor man må ryge på arbejdspladsen, uddannelsessteder og serveringssteder. I dag ryger ca. 25 pct. af alle voksne danskere. Det gør Danmark til et af de mest rygende lande i den vestlige verden.

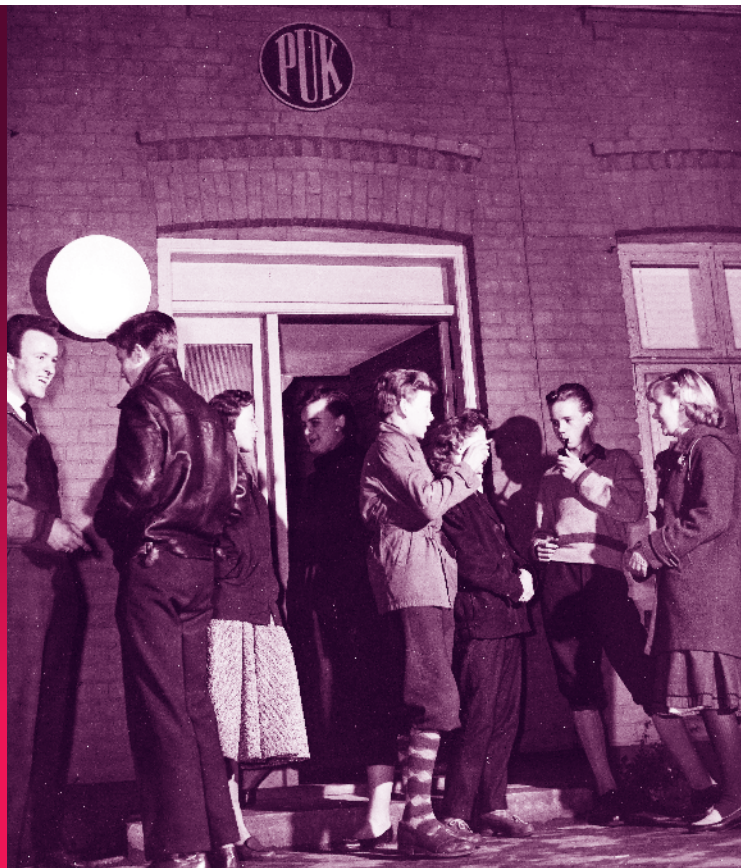


FOTO: DET KONGELIGE BIBLIOTEK

1951

BLODDONORER Den første blodbank åbner på Bispebjerg Hospital. I dag donerer 235.000 danskere jævnligt blod til en blodbank.

1956

SEKSUALOPLYSNING Foreningen for Familieplanlægning, senere Sex og Samfund, bliver dannet. Foreningen arbejder i begyndelsen bl.a. for fri abort og seksualundervisning i skolerne. I 1971 bliver seksualoplysning obligatorisk i folkeskolen.

nyt Rigshospital med et centralkompleks på 16 etager. I 1960 rummede de danske centralsygehuse 210 specialafdelinger med 16 specialer samt to kardiologiske laboratorier og en blodbank.

"Penge spillede ingen rolle"

Johannes Frandsens afløser blev dr.med. Esther Ammundsen, hvis første opgave blev en reorganisering af Sundhedsstyrelsen, der var vokset betydeligt. I 1962 opdeltes styrelsen i ni afdelinger samt to sekretariatskontorer, og snart kom endnu en afdeling samt en særlig sektion for lægers videreuddannelse til.

Esther Ammundsen blev medicinaldirektør på et tidspunkt, hvor Danmark havde indledt en økonomisk højkonjunktur uden sidestykke i danmarkshistorien. Det blev samtidig en periode med massive investeringer i den offentlige sektor med sygehusvæsenet solidt forankret som en bærende søjle i den moderne velfærdsstat. Fra finansåret 1960/61 til 1970/71 voksede de årlige investeringer på sygehuse fra 132 mio. til 917 mio. kroner – en tredobling målt i faste priser. I samme periode steg de årlige driftsudgifter til sundhedsvæsenet fra 715 mio. kroner til 3,19 mia. kroner med sygehuse som den store og altdominerende forbruger af ressourcer. Fra 1960 til 1972 voksede antallet af ansatte i sygehusvæsenet fra 35.040 til 62.309, heraf antallet af læger fra 2.453 til 4.322.

Den drivende kraft i udviklingen var den lægevidenskabelige udvikling og specialisering, der udviklede sig med stormskridt med den første hjertetransplantation udført i 1967 af den sydafrikanske læge, Christiaan Barnard som et foreløbigt højdepunkt. Fra 1960 til 1975 godkendtes 22 nye specialer i Danmark, og antallet af afdelinger på sygehuse voksede tilsvarende. 1960erne blev derfor sygehusenes storhedstid, og sygehusvæsenet en mastodont i den offentlige sektor, uden at hverken politikere eller befolkningen satte spørgsmålstegn ved udviklingen:



FOTO: HERLEV HOSPITAL

SUNDHEDSVÆSENET BOOMER

1960

1960erne var gode økonomiske tider i Danmark. Pengene blev blandt andet brugt på at skabe et af verdens mest moderne sundhedsvæsener. Investeringerne i sygehuse blev tredoblet på ti år, og antallet af ansatte i sundhedsvæsenet voksede fra ca. 35.000 til over 62.000. Flere af de store moderne sygehuse, vi kender i dag, er bygget eller udbygget i denne periode. Heriblandt Hvidovre Hospital, Odense Universitetshospital, Herlev Hospital og Rigshospitalet.

1966

P-PILLEN P-pillen kommer til Danmark. I dag bruger omkring 300.000 danske kvinder P-piller. Det svarer til ca. hver fjerde kvinde i den fødedygtige alder.

1967

HJERTETRANSPLANTATION Verdens første vellykkede hjertetransplantation bliver gennemført i Sydafrika. I 1990 bliver Danmarks første hjertetransplantation foretaget på Rigshospitalet.

”Penge spillede ingen rolle – dem var der nok af”, som Esther Ammundsen har udtrykt det i sine erindringer.⁸

Ikke kun udviklingen indenfor sygehusvæsenet, men den økonomiske og samfundsmæssige udvikling generelt satte i løbet af 1960erne den eksisterende kommunalstruktur under pres. Med virkning fra 1. april 1970 gennemførtes derfor en kommunalreform, der skar antallet af kommuner ned til 275 og antallet af amter til 14, hvortil kom København og Frederiksberg, der havde status af at være både amt og kommune.

Samtidig gennemførtes en ændring i opgavefordelingen, så sygehusvæsenet blev lagt ind under amterne, hvorved antallet af sygehusejere faldt fra godt 100 til 16. Som led i kommunalreformen og omlægningen af sygehusvæsenet organisation fik de nye amtsråd det fulde økonomiske ansvar for sygehuse. De statslige tilskud blev nedtrappet fra 65 til 35 pct. for helt at bortfalde pr. 1. april 1975. En anden betydelig ændring var indførelsen af den offentlige sygesikring og nedlæggelse af sygekasserne pr. 1. april 1974.

Samtidig fik amterne pligt til at udarbejde planer for udbygningen af deres sygehusvæsen – planer, der skulle godkendes af indenrigsministeriet efter indstilling fra Sundhedsstyrelsen. Omvendt skulle Indenrigsministeriet udarbejde vejledende retningslinjer for planlægningen – en opgave, der i vidt omfang blev overdraget til Sundhedsstyrelsen, der løste opgaven, så et cirkulære kunne udsendes til amterne i juni 1971. Sundhedsstyrelsen begyndte hermed for alvor at få indflydelse på udviklingen af sygehusvæsenet, der i 1960erne gennemgik en betydelig udbygning.

Formelt havde Sundhedsstyrelsen dog ingen, eller kun meget få myndighedskompetencer – de lå alle sammen hos indenrigsministeren. Med Esther

8: Esther Ammundsen: Amanda fortæller, p. 146.

Ammundsens ord indtog styrelsen imidlertid en ”i forhold til andre styrelser og direktorater usædvanlig selvstændig stilling”, der gav stor indflydelse. I langt de fleste sager fulgte ministeriet indstillingerne fra Sundhedsstyrelsen, om end medicinaldirektøren havde blik for at undgå anbefalinger, der var ”uigen-nemførlige” af økonomiske eller politiske grunde.⁹

Økonomisk krise og DJØF’isering

Ved årsskiftet 1973/74 blev Danmark ramt af den første oliekrise, der kickstartede en international lavkonjunktur, som ramte Danmark hårdt og skabte høj arbejdsløshed. Udgifterne til arbejdsløshedsunderstøttelse og bistandshjælp steg markant, mens skatteindtægterne faldt tilsvarende. Det var en ny virkelighed for sundhedsvæsenet – også for Sundhedsstyrelsen, der ved krisens start havde fået ny chef, da Esther Ammundsen blev afløst af dr. med Søren K. Sørensen. Hvor både penge og patienter tidligere var strømmet ind i sundhedsvæsenet, så måtte Sundhedsstyrelsen nu fra 1986 udsende ventetidsstatistikker for behandling på sygehuse.

Samtidig voksede både amts- og landspolitikerne interesse for økonomien i sundhedsvæsenet, og især for om pengene nu blev brugt rationelt.

Politikernes svar var fokusering på ledelse og økonomistyring, og i 1980erne holdt en ny profession sit indtog på de danske sygehuse. Professionelle administratorer med en cand. polit. eller tilsvarende universitetsgrad vandt indpas på sygehuse og satte sig ofte i direktørstole.

DJØF’erne, som de blev kaldt på grund af medlemskabet af Dansk Jurist og Økonom Forbund, blev af fremtrædende læger opfattet som fremmedlegemer, og de gav bl.a. udtryk, at de nye administratorer var det personificerede udtryk for, at økonomi og bud-getter blev sat over hensynet til patienterne.

9: I bid., p. 135-137.



FOTO: SCANPIX

Bløderskandale og ny lov om Sundhedsstyrelsen

Samtidig med DJØF’ernes indtog fandt en begivenhed sted, der fik store følger for det danske sundhedsvæsen. I 1982 offentliggjordes den første videnskabelige artikel på dansk om sygdommen, der snart blev kendt som AIDS, og herefter gik det hurtigt. I foråret 1985 indledte Bløderforeningen en kamp for screening af donorblod, men Sundhedsstyrelsen afviste ønsket med henvisning til, at risikoen for smitte var minimal. Daværende indenrigsminister Britta Schall Holberg (V) besluttede imidlertid at screene alt donorblod – imod medicinaldirektørens indstilling. Det kom til en åben uenighed, og det banede vejen for en ny Lov til Sundhedsvæsenets Centralstyrelse. Heri hed det, at

EN NY MYSTISK SYGDOM

1980

I 1980erne blev man opmærksom på en ny dødelig sygdom – AIDS. Sygdommen fik mange lande til at indføre kampagner for brug af kondom. Den danske kampagne blev verdensberømt for sin direkte og humoristiske stil. I stedet for dystre og alvorlige advarsler sang og spillede musikere og skuespillere budskabet ind i danskernes bevidsthed. I dag lever ca. 5.000 hiv-smittede i Danmark, og antallet af diagnosticerede nysmittede er hvert år mellem 200 og 300.

1972

TANDHYGIEJNE For 100 år siden børstede de færreste mennesker tænder. I slutningen af 1940erne bliver tandbørsten udbredt, og fra 1972 er det lovpligtigt for alle kommuner i Danmark at tilbyde gratis skoletandpleje.

1973

ABORT Aborten bliver fri i Danmark. I 1975 er det årlige antal provokerede aborter i Danmark knap 28.000. Siden er tallet faldet til ca. 15.000.

1985

MR-SCANNING Forretningsmanden Simon Spies forærer Hvidovre Hospital Danmarks første MR-scanner. MR-scanning giver meget detaljerede billeder af kroppen og kan blandt andet bruges til at finde kræftsvulster.

1987

OVERVÆGT I 1987 er 5,5 pct. af danskerne stærkt overvægtige. I 2008 er tallet steget 11,4. Flere danskere end nogensinde dør i dag med svær overvægt, som øger risikoen for en lang række sygdomme. I de senere år er operation for fedme blevet en mulighed for nogle patienter.

”Sundhedsstyrelsen er en styrelse under indenrigsministeren, der bistår ministeren med den centrale forvaltning af sundhedsmæssige anliggender”.¹⁰

10: Lov nr. 397 af 10. juni 1987 om sundhedsvæsenets centralstyrelse samt Betænkning om samme.



FOTO: SCANPIX

KVINDERNE OVERTAGER LÆGEFAGET 1989

For 100 år siden var læger med meget få undtagelser mænd. Danmarks første kvindelige læge var Nielsine Nielsen. Da hun blev færdiguddannet i 1885 blev hun ikke bare Danmarks første kvindelige læge, men samtidig landets første kvinde med en universitetsuddannelse. Siden er tallene vendt. I 1989 blev der for første gang optaget flere kvinder end mænd på de danske lægeuddannelser, og i 2007 var 62 procent af de nyuddannede læger kvinder.

Det er en formulering, der er åben for fortolkninger. Det blev i betænkningen slået fast, ”at Sundhedsstyrelsen fuldt ud bevarer sin uafhængighed i sundhedsfaglige spørgsmål”. Derimod indeholdt den nye lov ingen bestemmelse om Sundhedsstyrelsens chef, hvorved kravet om, at direktøren skulle være læge samtidig bortfaldt.¹¹

Medieinteresse og sundhedsskandaler

Blødersagen markerede begyndelsen til en ny æra, hvor patientforeninger, medicinalvirksomheder, politikere og såkaldte eksperter kæmpede om at få indflydelse. Det skete ikke mindst gennem medierne, der satte fokus på sundhedsvæsenet og dets problemer. Læger og andre sundhedspersoner oplevede, at patienter ikke uden videre accepterede deres råd. Udviklingen var et udtryk for, at sundhedsvæsenet for alvor var blevet et centralt samfundsanliggende og en politisk varm sag. Det blev synliggjort gennem oprettelsen i 1987 af et nyt selvstændigt sundhedsministerium. Sundhedsstyrelsen holdt igen flyttedag.

I de kommende år oplevede Sundhedsstyrelsen i langt højere grad end tidligere at blive en del af en stadig mere kompleks sundhedsdebat med både faglige og politiske argumenter.

Hvor det tidligere var lægevidenskabens mirakler, der fandt vej til avisernes spalter, så var det nu fejl og svigt eller modsætninger mellem fx sundhedsfaglige og politiske interesser.

I det hele taget gik problemer og fejl i sygdomsbehandlingen op i en højere enhed af politiske markeringer og massiv medieinteresse. Sager og skandaler opstod og udviklede sig i en lind strøm op gennem 1990'erne: Fx Boneloc-skandalen, hiv-virus-sagen og Fenemal-syndromet. I flere tilfælde befandt Sundhedsstyrelsen sig i stormens øje. Ofte udsat for kritik

11: Ibid

i både medier, fra interesseorganisationer og politikere – uagtet, at der ikke var meget styrelsen kunne gøre, da den var uden reelle myndighedsbeføjelser, endsige magtmidler.

Intensiv lovgivning og ideologisk opgør

Op gennem 1990'erne og ind i det nye årtusinde gennemførte Folketinget en tæt sundhedspolitisk lovgivning, der står i skærende kontrast til den uberørthed, som sundhedsvæsenet hidtil havde levet under. Lægeloven af 1934 og sygehusloven af 1946 havde etableret institutionelle rammer, der gjorde op med regler og forordninger, der hørte enevælden til, men ellers var der langt mellem lovgivningen på sundhedsområdet, selv under 1960'ernes massive udbygning af sygehusvæsenet.

Det begyndte for alvor i 1992 med loven om frit sygehusvalg og Patientforsikringsloven, og året efter fulgte Lov om Aktindsigt i Helbredsoplysninger. I 1995 kom Lov om Lægemiddelskader og i 1998 Lov om Patienters Retsstilling. Udviklingen kulminerende med Sundhedsloven af 2005, der sammenfattede 15 hidtidige love. For Sundhedsstyrelsen var konsekvensen, at den i langt højere grad end hidtil blev involveret direkte i lovgivningen på sundhedsområdet og dermed reelt blev involveret i en både juridisk og politisk proces.

Med lovgivningen fulgte et grundlæggende paradigmeskifte, hvor den centrale person i sundhedsvæsenet ikke længere var lægen, men patienten. Omdrejningspunktet i dette skifte var loven om frit sygehusvalg, og efterhånden stod sygehusene i kø for at være ”patienternes sygehus”, mens man i almen praksis udviklede den såkaldt ”patientcentrerede metode”. Det var en måde at tænke på, som også rummede nye udfordringer for Sundhedsstyrelsen.

Sideløbende med den intensive sundhedslovgivning har regeringen især i de senere år forsøgt at styre sundhedsvæsenet direkte gennem kræftplaner, behandlingsgarantier og andre målrettede tiltag.

Sundhedsstyrelsens problem var imidlertid, at den ikke havde kompetence eller myndighed til at stille håndfaste krav til hverken offentlige eller private sygehuse om antal operationer m.m.

Det skulle imidlertid snart komme.

Fortsat specialisering og centralisering

I det hele taget er sundhedsvæsenet, dets kvalitet og fremtid de senere år rykket i centrum for den offentlige og politiske debat, og som altid var – og er – den underliggende drivkraft den lægevidenskabelige udvikling og specialisering, der giver stadig nye behandlingsmetoder mod stadig flere sygdomme.

Som forudset af Johannes Frandsen har følgen været øget centralisering af behandlingen på stadigt større sygehuse i stadigt større organisatoriske og administrative områder. En foreløbig kulmination i denne udvikling blev nået med det nye danmarkskort pr. 1. januar 2007 med 98 kommuner og fem nye regioner – sidstnævnte styret af regionsråd med den hovedopgave at stå for driften af sygehusvæsenet.

Midt i hele udviklingen stod – og står – Sundhedsstyrelsen, der med Sundhedsloven og strukturreformen fik nye og langt større beføjelser samt en langt mere central rolle i driften og udviklingen af sundhedsvæsenet.

Styrelsens opgaver og kompetencer er vokset og styrket ganske betydeligt i ikke mindre end 21 paragraffer i Sundhedsloven af 2005 – med en fastholdelse af den centrale formulering om placeringen under ressortministeriet og opgaven med at bistå ministeren. Som resultat blev Sundhedsstyrelsen for første gang – som ”den centrale sundhedsfaglige myndighed i Danmark” – udstyret med myndighedsbeføjelser og magtmidler, som den hidtil havde manglet.¹²

12: Lov nr. 546 af 24. juni 2005: Sundhedsloven.

1989

VUGGEDØD Sundhedsstyrelsens anbefaling om at lade spædbørn sove på ryggen får fra 1989 antallet af vuggedødstilfælde til at falde drastisk. I dag er tallet ca. ti om året.

1990

ORGANDONATION Hjernedøds-kriteriet bliver indført, og Sundhedsstyrelsen opretter et register over personer, der vil donere deres organer i tilfælde af hjernedød. I dag er omkring 500.000 danskere registrerede som organdonorer.

1996

ELEKTRONISK PATIENTJOURNAL Nye digitale muligheder skaber forventninger om et nationalt elektronisk journalsystem. Sundhedsstyrelsen sætter i 1996 fokus på de nye it-muligheder med oprettelsen af ”kontoret for sundheds-it”. I 2008 overtager den offentlige organisation Sammenhængende Digital Sundhed i Danmark opgaven.



KORT: DANSKE REGIONER

ET NYT DANMARKSKORT 2007

Øget specialisering indenfor lægevidenskaben var blandt drivkræfterne, da regeringen fra 2007 tegnede danmarkskortet op på ny. 275 kommuner blev til 98 og de 14 amter blev til fem regioner. Reformen har betydet, at sundhedsvæsenet på den ene side er mere centraliseret med regionernes overtagelse af sygehusene. På den anden side kom en vigtig del af behandlingen tættere på borgerne med kommunernes overtagelse af forebyggelsen og rehabiliteringen.

Hovedopgaven er stadig at bistå den ansvarlige minister med den centrale forvaltning af det danske sundhedsvæsen i bred forstand, men som noget nyt skal Sundhedsstyrelsen bl.a. godkende fordelingen af den specialiserede behandling på landets sygehuse. Desuden får Sundhedsstyrelsen en større og direkte koordinerende rolle. Styrelsen skal tages med på råd i udarbejdelsen af sundhedsberedskab i reigoner og kommuner, og styrelsen skal godkende de nye sundhedsaftaler mellem kommuner og regioner.

Djøl'er eller doktor?

Det var midt i denne proces, at Sundhedsstyrelsen stod overfor at skulle have ny chef. Da stillingen som ny chef for Sundhedsstyrelsen blev opslået i december 2006, anede Lægeforeningen uråd, fordi ministeriet ikke søgte en medicinaldirektør, men en adm. direktør: "Det er en fordel med chef med den størst mulige lægefaglige indsigt, hvis ministeren og Folketinget skal have den rette rådgivning", advarede Lægeforeningens formand, Jens Winther Jensen, der fremhævede fagligheden som en "afgørende kompetence" for en medicinaldirektør.¹³

På sin side argumenterede indenrigs- og sundhedsminister Lars Løkke-Rasmussen for, at der var "brug for en bredere kompetence end den rent lægelige". Sundhedsstyrelsen behøvede en chef, "som har blik for det økonomiske og er tættere på driften i sundhedsvæsenet end tidligere", udtalte ministeren. Midt i postyret satte cand.scient. Jakob Kjellberg fra DSI Institut for Sundhedsvæsen, imidlertid fingeren på en afgørende pointe: "I dag kan alle godt se, at der er brug for et øje på både det kliniske, det økonomiske og det politiske".¹⁴

Netop denne treenighed adskiller grundlæggende Sundhedsstyrelsens position og rolle i dag fra situationen fra 100 år siden, da styrelsen blev oprettet – og sådan set også fra situationen tilbage til ikke blot Sundhedsskollegiets, men også Collegium Medicums

13: Jyllands-Posten, 17. december 2006 og Weekendavisen, 5. januar 2001.
14: Politiken, 13. januar 2007.

dage. I dag er det ikke muligt at adskille det sundhedsfaglige fra det sundhedsøkonomiske og sundhedspolitiske, fordi de lægevidenskabelige fremskridt og befolkningens ønsker om behandling lægger et konstant pres på de økonomiske omkostninger ved at drive et moderne, offentligt sundhedsvæsen.

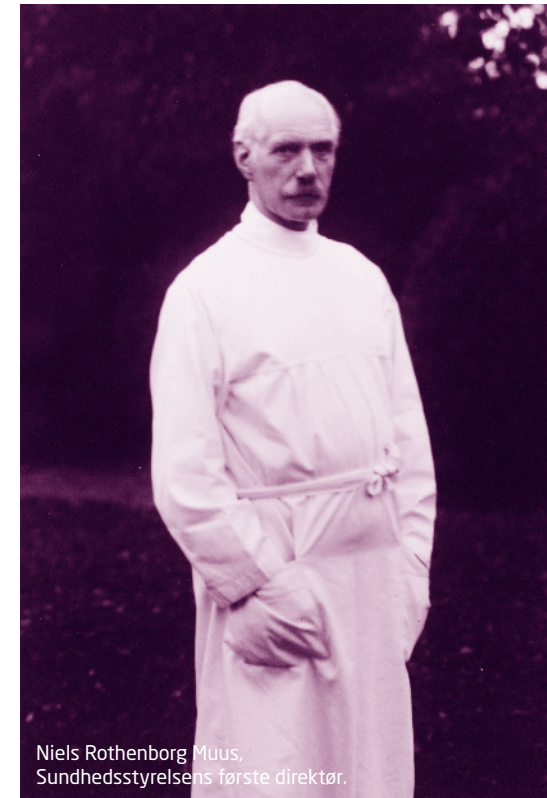
Herved skabes samtidig et modsvarende behov for at træffe politiske og administrative beslutninger både om at bevilge, men også om at anvende de til rådighed stående økonomiske ressourcer bedst muligt. Lægefaglig rådgivning af det politiske niveau personificeret i den ansvarlige minister kan derfor ikke længere udskilles fra hensyntagen til omkostninger og samfundsøkonomiske sammenhænge – og til, hvad der er politisk muligt. Hertil kommer, at sundhedsvæsenet ikke er ene om at ønske flere bevillinger, men at der en konstant konkurrence og et løbende politisk spil og slagsmål mellem de forskellige dele af den offentlige sektor om ressourcer.

I dag hører Sundhedsstyrelsen under Ministeriet for Forebyggelse og Sundhed, der blev oprettet i november 2007 som led i en større omlægning af en række ministeriers ressortområder. Grundstenen er stadig Knud Fabers columbusæg fra 1909, men fra at være en ekstern, ren lægefaglig rådgivende instans, har styrelsen udviklet sig til en art grænseovergang mellem to verdener, der traditionel har haft svært ved at tale sammen ♦

Kurt Jacobsen er professor og leder af Center for Virksomhedshistorie ved Copenhagen Business School. Sammen med Klaus Larsen udgav han i 2007 "Ve og Velfærd. Læger, sundhed og samfund gennem 200 år".

Citeret litteratur:

- Ammundsen, Esther: Amanda fortæller. Rosinante Munksgaard, 1990.
- Frandsen, Johannes: Sundhedsvæsenet 1927-1961. Nyt Nordisk Forlag, 1963.
- Petersen, Niels: Det kgl. Sundhedsskollegium 1803-1907. Trykt i Blomquist, Helle og Hertz, Michael (red.): Sundhed, Bureaucrati. Politik. Jurist- og Økonomforbundets Forlag, 1996.
- Valgård, Signild: Sygehuse og sygehuspolitik i Danmark. Et bidrag til det specialiserede sygehusvæsens historie 1930-1987. Jurist og Økonomforbundets Forlag, 1992.



Niels Rothenborg Muus,
Sundhedsstyrelsens første direktør.

FOTO: DET KONGELIGE BIBLIOTEK

SUNDHEDSSTYRELSENS DIREKTØRER

1909 - 1911	Niels Rothenborg Muus
1912 - 1918	E. Madsen Hoff
1918 - 1928	Gabriel Tryde
1928 - 1961	Johannes Frandsen
1961 - 1974	Esther Ammundsen
1974 - 1988	Søren Kristian Sørensen
1988 - 1995	Palle Juul-Jensen
1996 - 2001	Einar Krag
2001 - 2007	Jens Kristian Gøtrik
2007 -	Jesper Fisker

2002

SARS Lungesygdommen SARS bryder ud i Kina og rammer ca. 8000 mennesker. Omkring 700 dør af sygdommen og i andre lande frygter man at sygdommen, vil sprede sig. Sygdommen rammer ikke Danmark.

2006

FUGLEINFLUENZA En influenzaepidemi blandt fugle får alarmklokkerne til at ringe i hele verden. Man frygter, at sygdommen vil kunne sprede sig til mennesker. Det er sket i nogle tilfælde, men det har ikke ført til en pandemi, hvor smitten spredes fra menneske til menneske.

2008

ØVELSE GØR MESTER Sundhedsstyrelsen udarbejder planer for 36 lægelige specialer, der skal samles på udvalgte sygehuse. Formålet, som har været en rød tråd i styrelsens arbejde siden 1970'erne, er at opbygge ekspertise og rutine, så patienterne kan få den bedste behandling. Sygehusene skal herefter ansøge om muligheden for at udføre de avancerede behandlinger.

SUNDHEDSSTYRELSEN bliver 100 år i år. Siden maj 1909 har Danmark haft en styrelse i sundhedens tjeneste. Det vil vi gerne fejre med dette debathæfte, hvor vi har bedt fagfolk og meningsdannere give deres bud på sundhedsvæsenets udfordringer de kommende år.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk