

Sundhedspolitiske ministererindringer

1981-2006

- bidrag fra ministre og
departementchef

Sundhedspolitiske ministererindringer

1981-2006

- bidrag fra ministre og departementchef

Redigeret af

Finn Kamper-Jørgensen og Anne Grene

Statens Institut for Folkesundhed, 2006

Grafisk tilrettelæggelse og tryk: Kailow Graphic A/S

ISBN: ISBN-10: 87-7899-110-2

ISBN-13: 978-87-7899-110-2

Statens Institut for Folkesundhed

Øster Farimagsgade 5 A, 2.

1399 København K

sif@si-folkesundhed.dk

www.si-folkesundhed.dk

Sundhedspolitiske ministererindringer

1981-2006

- bidrag fra ministre og
departementchef

Redigeret af
Finn Kamper-Jørgensen og Anne Grene

Forord

Statens Institut for Folkesundhed fejrede i juni 2006 to jubilæer:

- et forsinket 50-års-institutjubilæum, som af praktiske grunde ikke blev gennemført i år 2000
- direktørens 25-års-jubilæum som leder af instituttet.

Jubilæerne blev fejret på ganske særlig vis, nemlig som en temadag d. 7. juni 2006, hvor syv tidligere sundhedsministre og én nuværende havde sagt ja til at holde et foredrag under overskriften: "Sundhedspolitiske erindringer fra min ministertid".

Det var nysgerrighed, der ledte til dette arrangement. Sundhedspolitiske analyser eksisterer stort set ikke som et udviklet fagfelt i Danmark. Derfor opstod idéen om at markere vore jubilæer ved at invitere de ministre, som instituttet gennem årene havde betjent med forskning, udredning, monitorering og rådgivning. Hvilke værdier lå til grund for ministrenes virke og beslutninger? Hvad havde ministrene selv oplevet som væsentligt i deres ministertid? Hvad skete der rent faktisk i ministertiden? Vandt eller tabte ministeren bestemte sager? På denne måde mente vi, at vort sektorforskningsinstitut kunne give et bidrag både til historieskrivningen og være med til at udvikle "health policy analysis" som fagfelt.

Ministrene blev stillet frit med hensyn til, hvad de ville tale om.

Det blev en spændende jubilæumsdag, hvor en række deltagere gennem ministrenes foredrag oplevede ca. 25 års sundhedspolitik i tilbageblik.

Jeg ved, at der er lagt mange kræfter i og brugt megen tid på disse foredrag. Det vil jeg sige ministrene varmt tak for. Jeg ved også, at der bag ministre står embedsmænd, som har hjulpet til – ikke mindst tak til forhenværende departementschef Jørgen Varder for sin dækning af tre ministerperioder.

Ministertalerne er i denne udgivelse tro mod de mundtlige oplæg på jubilæumsdagen. Det vil sige, at der kun har været tale om en let sproglig redigering. Dog vil den opmærksomme læser opdage, at formen ikke er helt ensartet. To af de tidligere ministre var ikke selv i stand til at være til stede (Elsebeth Kock-Petersen og Torben Lund). Én minister (Agnete Laustsen) var til stede, men havde pga. sygdom ikke selv mulighed for at fremlægge talen. Som ovenfor omtalt, var det i deres sted tidligere departementschef Jørgen Varder, der loyalt fremlagde de vigtigste arbejdsopgaver i de pågældende perioder.

Velkomsttalerne fra instituttets formand/næstformand og min egen gennemgang af bl.a. instituttets udvikling er medtaget som bilag. Som et supplement til denne udgivelse skal nævnes, at instituttet i forbindelse med jubilæet udgav en lille publikation med en gennemgang af bl.a. instituttets udvikling fra Dansk Tuberkulose Index til i dag.

Jubilæumsdagen blev optaget på DVD. Der er fremstillet et mindre antal DVD'ere fra dagen, som måske vil have interesse i underviserkredse. Ministrene har accepteret denne form for offentliggørelse af foredragene.

Det er mit håb, at denne publikation vil blive brugt flittigt i de kommende år.

Finn Kamper-Jørgensen
Direktør

November 2006

INDHOLDSFORTEGNELSE

Sundhedspolitiske erindringer fra ministertiden 1981 – 2006

Oversigt over sundhedsministre 1981-2006	s. 9
Indenrigsminister Britta Schall Holberg	s. 11
Sundhedsminister Agnete Laustsen*	s. 21
Sundhedsminister Elsebeth Kock-Petersen*	s. 27
Sundhedsminister Ester Larsen	s. 31
Sundhedsminister Torben Lund*	s. 41
Sundhedsminister Carsten Koch	s. 49
Sundhedsminister Sonja Mikkelsen	s. 53
Sundhedsminister Arne Rolighed	s. 61
Indenrigs- og sundhedsminister Lars Løkke Rasmussen	s. 67

BILAG:

Velkomsttale v. formand for bestyrelsen, professor Jørn Olsen**	s. 73
Velkomsttale v. direktør Finn Kamper-Jørgensen	s. 77

* Præsentationen blev på jubilæumsdagen foretaget af forhenværende departementschef Jørgen Varder

** Præsentationen blev foretaget af bestyrelsens næstformand, kommunaldirektør Ole Have Jørgensen.

OVERSIGT OVER SUNDHEDSMINISTRE

SUNDHEDSMINISTER	PERIODE	REGERINGSLEDER
Britta Schall Holberg Indenrigsminister	10/9-1982 til 12/3-1986	Poul Schlüter 1982-1993
Knud Enggård Indenrigsminister	12/3-1986 til 10/9-1987	
Agnete Laustsen Sundhedsminister	10/9-1987 til 3/6-1988	
Elsebeth Kock-Petersen Sundhedsminister	3/6-1988 til 7/12-1989	
Ester Larsen Sundhedsminister	7/12-1989 til 25/1-1993	
Torben Lund Sundhedsminister	25/1-1993 til 27/9-1994	Poul Nyrup Rasmussen 1993-2001
Yvonne Herløv Andersen Sundhedsminister	27/9-1994 til 30/12-1996	
Birte Weiss Indenrigs- og Sundhedsminister	30/12-1996 til 23/3-1998	
Carsten Kock Sundhedsminister	23/3-1998 til 23/2-2000	
Sonja Mikkelsen Sundhedsminister	23/2-2000 til 21/12-2000	
Arne Rolighed Sundhedsminister	21/12-2000 til 27/11-2001	
Lars Løkke Rasmussen Indenrigs- og Sundhedsminister	27/11-2001 -	Anders Fogh Rasmussen 2001-





Britta Schall Holberg

Indenrigsminister (V) 10.9.1982 – 12.3.1986 under Poul Schlüter

Tak for indbydelsen til at komme til denne spændende dag. Spændende, fordi det er fødselsdag og jubilæum og til lykke dermed. Men også spændende for hver af os tidligere ministre, fordi det giver anledning til at genkalde sig de politiske tanker, vi gjorde os i vores virke.

Selv har jeg faktisk brugt anledningen til med fornøjelse at genlæse min bog: Politikerens forhold til sundhedsvæsenet (FADL 1995), fordi jeg i den grad genkaldte mig de store intentioner, jeg havde med arbejdet med sundhedspolitikken, som jeg følte lå i direkte forlængelse af det menneskesyn, der er mit på en lang række områder.

Jeg opfatter dagen sådan, at I gerne vil høre om de idealer, der lå bag de politiske tiltag, vi hver især foretog.

Jeg husker så tydeligt, da Venstres formand, Henning Christophersen ringede og spurgte: "Vil du være indenrigsminister?" Hans næste bemærkning: "Du vil komme til at træffe beslutninger, som bliver svære." Og det havde han jo i den grad ret i kan være en ministers lod. De lette ting klarer ofte sig selv. De svære bliver det ministers opgave at tage stilling til. Men han tænkte nu vist på andet end sundhed, selv om Indenrigsministeriet og Sundhedsministeriet fornuftigvis også dengang var samme ministerium - vi rummede i øvrigt også dengang indfødsret og civilforsvar.

Han tænkte givetvis på den økonomiske situation, idet vi i 1982 stod og kikkede ned i afgrunden med et statsunderskud på 80 mia. kroner. De penge blev det i høj grad min opgave at hale hjem fra amter og kommuner. Hvilket førte til min store stolthed: frikommunerne, hvis idé var, at de udvalgte kommuner kunne tilrettelægge arbejdet friere i forhold til fastsatte mål fra Folketinget. Det gav mulighed for større fleksibilitet og konkurrence kommunerne imellem.

I dag er det lykkedes Finansministeriet at sætte sig hårdt på de økonomiske forhandlinger. I min tid foregik de i Indenrigsministeriet med indenrigsministeren for borden. Dette bare til baggrund.

Til baggrunden hører også, at jeg havde arbejdet med socialpolitik i kommunalt regi siden 1970 og forlod jobbet som socialudvalgsformand, da jeg blev indenrigsminister i 1982. Jeg ved, at både den kommunale og den sociale baggrund spillede en meget stor rolle for mig, da jeg overtog sundhedsvæsenet.

Sundhedsopfattelsen

Det har altid forekommet mig sært, at når vi taler om sundhed, er det sygdom, der optager os mest. I 80'erne var det så afgjort sygehusvæsenet, der spillede den store rolle, herunder det stærkt specialiserede sygehusvæsen. Det var det, der havde prestige.

Den første tanke, der optog mig var, at sundhedsvæsenet så åbenbart var et sygdomsvæsen, men at man her højst kunne gøre sig håb om at blive rask, mens sundheden udsprang andre steder fra, nemlig fra alle de andre politikker, der anlægges både lokalt og nationalt. Tænker vi os ikke om, kan vi skovle mennesker ind i sundhedsvæsenet. Sundhed har noget med byplanlægning, boligpolitik, miljøpolitik, folkeoplysning og meget andet at gøre, men det har også noget at gøre med det menneskesyn, vi anlægger i forhold til borgerne. Føler de, de er vigtige, og at der er brug for deres indsats? Har vi brug også for de skævere eksistenser og de mere og de mest sårbare? Sundhed er i høj grad også et udtryk for det enkelte menneskes måde at tackle sit liv på. Der er jo mennesker, der føler sig syge hele livet, mens andre, der virkelig er syge, er i stand til at tackle deres liv bedre end de fleste, endda helt raske mennesker. Alt det kunne være et foredrag i sig selv.

For mig er det helt klart, at den opfattelse mennesker har af, hvad sundhed er og deres egen evne til at arbejde med sig selv og deres egne iboende ressourcer, får en vældig indvirkning på trækket på sundhedsydelse og dermed på sundheds- eller sygdomsudgifterne.

Det fører og førte til, at det for mig blev af afgørende betydning at flytte fokus i sundhedsdebatten, ja, i det hele taget at få lagt op til en dengang helt fraværende debat om, hvad sundhed er. Et samfunds sundhed kan ikke måles på sundhedsudgifternes højde. Det kan altså heller ikke måles på, hvor mange operationer og andre behandlinger, der udføres. Snarere tværtimod.

I 80'erne talte man meget om at prioritere. Man talte ligefrem om, at der var sygdomme, vi ikke havde råd til at betale, ja, man talte endda om, hvorvidt mennesker, der ikke var i arbejde, havde samme krav på at blive behandlet som de, der var i arbejde. Også alder spillede en rolle i den debat.

Diskussionen rislede mig koldt ned ad ryggen. For mig var det væsentligt, at mennesker, der er syge, skal have behandling, en behandling der ikke begrænses af en landegrænse. Til gengæld er det ikke det offentliges opgave at behandle raske mennesker, barnløse, mennesker, der skal have skønhedsoperationer osv.

Den praktiserende læges betydning

Hvis alle de, der virkelig er syge, skal have behandlet deres sygdom, er det vigtigt, at vi ikke overbelaster væsenet, fordi vi skal forbeholde pengene til netop disse mennesker. Derfor var det vigtigt i bred forstand at tale om forebyggelse, men også at få den praktiserende læge, som er indgangen til det, vi kalder sundhedsvæsenet, sat meget stærkt i fokus. Han er krumtappen. Han er den, der kender patienten og hans reaktioner. Det er ham, der sender patienten videre (jeg ville gerne have han også fulgte med på sygehuset og var med til at tilrettelægge en behandlingsplan, men det kunne jeg ikke få forståelse for i sygehushierarkiet), det er ham, der udskriver medicinen, det er ham, der udløser nye undersøgelser. Det er hans vurdering, der flytter et menneske fra at være rask i betydningen: reagere sundt til at være patient.

Betydningen af menneskers egne ressourcer

Min ministertid opfatter jeg som ét stort opgør med en uværdig sundhedsopfattelse. Jeg kan kortest illustrere det med, at der i min tid blev oprettet et nyt rygcenter, som ikke kunne få tilskud fra sygesikringen, fordi metoderne var helt uhørte. Rådet til mennesker med dårlig ryg var: gå i seng med en varmepude. Skån ryggen. Rygcenteret satte folk i gang med at træne den svage ryg i stedet.

Jeg husker den gamle professor Preben Plum, der kom op til mig og sagde: "Med mennesker er det som med muskler - de svinder helt hen, hvis vi ikke bruger dem. Men bruger vi dem, kan de mere, end vi tror."

Det lyder måske mærkeligt i dag, men det var en helt ny tankegang, ja, den var nærmest fornærmende, og var anledning til mange karikaturtegninger af barske Britta. Men tankegangen var for mig forudsætningen for, at ikke alle mennesker blev gjort svage og til patienter og klienter.

Det er vigtigt, at mennesker selv er med til at tackle deres svagheder. Det var også baggrunden for, at jeg var meget optaget af, hvad det var, der gjorde de alternative behandlingsformer så efterspurgt, også selv om mennesker her selv skulle betale. Ministeren forstod godt, hvad hemmeligheden kunne være, men lægerne ville slet ikke vide af de alternative behandlinger. Det lykkedes aldrig i min tid at få hverken Sundhedsstyrelsen eller læger til at tage alvorligt, at hemmeligheden givetvis er, at her føler mennesker sig i den grad medvirkende i og påtager sig derfor også gerne et ansvar for deres egen behandling. Det kan i sig selv have en helbredende effekt.

Der sker noget med mennesker, der bliver patienter, derfor også med mennesker, der kommer ned at ligge i en sygehusseng. Nogle føler afmagt, nogle bliver mere svage, føler sig mere afhængige. Men det var der, de lå! Og alt for længe! Det betød noget menneskeligt for dem, men det betød også for lange ventetider for de, der havde brug for sengene. Derfor satsede jeg stærkt på ambulante behandlinger og kortere liggetider. Og jeg skal love for, der lød nogle ramaskrig. Mennesker var jo syge og skulle blive liggende! Der lød også ramaskrig over mit forslag om, at patienter ikke skulle have ens mad, men skulle kunne få leveret mad efter eget ønske. Efter et menukort, simpelthen! Nogle kunne endda hente maden selv, mente jeg. Men det var alt sammen for groft! Folk var jo syge! Og så skulle institutionen nok bestemme maden og bringe den.

Man kan måske forstå mit stille smil, da jeg forleden i Berlingske Tidende læste: "Korte indlæggelser giver tilfredse patienter!" Jeg har altid sagt, at det tager 10 år at få gennemført sine gode ideer! Her har det altså taget 20 inden erkendelsen bredte sig! En politiker skal aldrig give op!

At der også var penge at spare ved ikke at sygeliggøre mennesker mere end højst nødvendigt, kom desværre til at overskygge hele debatten, men det var faktisk menneskesynet, der bar politikken.

Sygeliggørelse af fødsler

Den samme tankegang lå bag ønsket om, at normale fødsler ikke skulle betragtes som en sygdom, der krævede behandling på højt specialiserede og højprofilerede sygehusafdelinger. Men jeg skal love for, at her begyndte både Sundhedsstyrelsen og fødselslægerne - en ganske særlig estimeret race, lærte jeg - at røre på sig. Der skulle megen politisk kraft til at røre ved den sag og ved, at ikke alle gravide, men kun risikogrupperne, skulle screenes. Hvad jeg måtte lægge øre til om snoede navlestreng og andre mulige ulykker, der ville indtræffe, hvis lægerne ikke fik deres vilje. Jeg husker, at jeg selv måtte sidde og skrive udkastet til den endelige bekendtgørelse hjemme. Har man hørt magen! Årsagen til modvilje mod bekendtgørelsens indhold hidrørte også fra, at jeg ønskede at gøre det til et frit valg, om kvinden ønskede at føde hjemme eller på sygehus.

Det nytter ikke noget, at vi sygeliggør alting. Der er faktisk endda skavanker, man må lære at leve med. Også det kan være et godt lægeligt råd. Der er jo ingen ende på, hvad vi kan forlange at blive behandlet for, og der er derfor heller ingen ende på sundhedsudgifternes evne til himmelflugt. Det betyder simpelthen, at der ikke bliver til de virkeligt syge, der har krav på den optimale behandling, så længe det giver dem en bedre livskvalitet.

Sygehusvæsenets styring

Nogle af de flere midler kunne komme fra en større konkurrence til det offentlige sygehusvæsen: frit valg, private sygehuse, hospicer - intet af det kunne der skabes flertal for. Dødshospitaler blev hospiceidéen kaldt, og jeg røg frem på forsiderne igen som hjerteløs. Også på dette område læser jeg nu aviserne med interesse. Ideen slog jo an efter en svær fødsel.

Men som sagt kunne en ændret styring og en ændret opgavefordeling i systemet også betyde mulighed for at skaffe råderum. Fx udlægning af opgaver til speciallæger. Hvorfor skal man indlægges, hvis en speciallæge lokalt lige så godt kan tage sig af behandlingen? Men også spørgsmålet om hensigtsmæssigheden i, at patienterne skulle se så mange læger, og arbejdets daglige tilrettelæggelse i det hele taget måtte påkalde sig en undersøgelse.

Vi måtte have friske øjne til at se på hele strukturen. Dir. Jan Carlson fra SAS blev indkaldt til at holde tale til amtspolitikerne om, hvordan man skærer ledelsespyramiderne ned, en sag, han på det tidspunkt havde taget stærkt fat på i et overstyret SAS. Og to udvalg om sundhedsvæsenets styring og tilrettelæggelse blev nedsat under skrål og skrig fra både Amtsrådsforeningen og lægerne. Lægeforeningen forbød ligefrem et par af deres medlemmer at deltage i udvalgsarbejdet! Talmateriale blev stillet op, de amtskommunale nøgletal blev opfundet, og undersøgelser blev sat i værk: Hvad koster det at operere et knæ, hvad koster et røntgenbillede, hvad koster alkoholmisbrug, rygning osv.? Vi vidste alt for lidt om dette. Og når vi ikke gjorde, hvad gjorde så amtsrådene, eller sygehusene, for slet ikke at tale om patienterne, som både krævede ind, men også skulle betale regningen.

Eksperimentel behandling

Noget af det, der skulle skaffes økonomisk rum til, var de nyrepatienter, der var i opslidende dialyse. Noget af det første, jeg gjorde, var at sikre, at der blev afsat midler til flere transplantationer, en tankegang, der snart førte til, at vi i det hele taget måtte tage transplantationsspørgsmålet op. Det startede med en leverpatient, som ikke kunne få mere behandling her i landet og kun en transplantation som eksperimentel behandling i udlandet. For vi sendte kun undtagelsesvis patienter ud af landet. Det var for dyrt. Og vi sendte slet ikke patienter ud til eksperimentel behandling. Og det regnedes en levertransplantation for.

Sådan kan man ikke tænke. Ikke jeg i alle tilfælde, og en landgrænse kan ikke være afgørende for, om man kan få en given behandling. Ministeren måtte helt op og råbe. Den første levertransplantation af en dansker blev foretaget i udlandet. Jeg holdt vejret. Hendes skæbne kunne blive min dødsdom i pressen. Hun overlevede og døde efter et langt og godt liv derefter for få år siden.

Sagen rejste to problemstillinger: hvornår er noget eksperimentelt, og hvornår er der tale om en sædvanlig behandling? Den debat gav anledning til megen diskussion mellem minister og Sundhedsstyrelse, fordi ministeren ønskede bekendtgørelsen lavet om, så den blev mindre firkantet. For det dødsmerkede menneske, for hvem eksperimentet er den eneste udvej, er svaret givetvis lettere end for mennesker, der forholder sig akademisk til den diskussion.

Den anden problemstilling, der rejser sig, er, at disse transplantationer krævede et andet døds-kriterium, end vi dengang havde her i landet. Jeg fandt det dybt uetisk, hvis vi herhjemme var for fine til at ændre døds-kriterium, mens vi kunne sende mennesker ud for at få foretaget transplantationer i lande, der havde et andet døds-kriterium. Det førte til udvalgsarbejde om en ændring af kriteriet, en sag, der fik en lettere gang på jorden, end jeg havde forudset, fordi befolkningens holdning til sagen ændrede sig, mens udvalgsarbejdet skred fremad.

Genteknologi

Og så nærmer vi os stærkt en anden sag, som så dagens lys straks, da jeg tiltrådte. På mit bord lå forslag til et udvalgsarbejde om genteknologi på det industrielle område. Det forslag kikkede jeg undrende på, for det var et helt andet etisk problem, der optog mig, nemlig etikken på det humane område. Det lyder mærkeligt i dag, men dengang var det så vanskeligt at få gehør for, at det område trængte sig voldsomt på. Også for ministeren, for jeg havde selv meget svært ved at finde ud af, hvad jeg skulle mene om fosterdiagnostik, behandlingen af befrugtede æg, ægtransplantationer mv.

Jeg så jo også for mig muligheden for, at man med genterapi kunne gribe ind i fostertilstanden. Det grundlæggende spørgsmål var og er, om vi har krav på at lindre lidelser hos mennesker, der er født og om disse krav også rækker ind til det foster, der endnu ikke er født og vel er det mest værgeløse, vi har. Hertil knytter sig også spørgsmålet: hvornår er et liv et liv, et foster og et barn? Men også i det hele taget: har mennesker *en ret* til at få børn?

Etisk Råd

Folketinget havde aldrig drøftet den slags spørgsmål, og ministeriet havde overhovedet ikke, blev jeg klar over. Ministeren måtte simpelthen tvinge nedsættelsen igennem af det udvalgsarbejde, der førte til bogen: "Fremskridtets Pris", og til nedsættelsen af Etisk Råd.

Det sidste blev på mange måder et hjertebarn, fordi tanken ikke var at lave *et hofetisk organ*, som det blev vrænget, men et organ, hvor læg og lærd kunne føre en dialog, som kunne være med til at sætte en folkelig debat i gang om disse spørgsmål. Jeg følte i den grad, at etiske spørgsmål var en for alvorlig sag alene at overlade til specialister, og hvis vi ikke skulle gå helt galt af befolkningens tanker, måtte parterne i dialog på et ikke-lægefagligt sprog.

Ansvarsfordeling mellem ministeriet og Sundhedsstyrelsen

Hermed er vi ved et andet moment: lægerne, specielt sygehuslægerne var i begyndelsen af 80'erne en nærmest ophøjet race. Sundhedsvæsen, etik og behandling var en sag for fagfolk. Tankegangen blev understøttet af, at Sundhedsstyrelsen netop var oprettet som et organ, der skulle være hævet over politisk kontrol. For mig at se en totalt fremmed tankegang. Netop når et område er mest følsomt, er det af allerstørste vigtighed, at emnerne ikke kører friløb uden at være underlagt politisk ansvar. Og sagerne endte jo, det så jeg jo, på ministerens bord. Når 'fru Mortensen' skulle vurdere dem, så nytter det jo ikke, at det eneste, jeg kunne svare, var: "Jeg henholder mig til Sundhedsstyrelsens udtalelse." Jeg hadede de svar. Og de varede heller ikke længe, ellers følte fru Mortensen jo, at det er mig, som hendes folkevalgte, der svigter.

Det var baggrunden for, at jeg arbejdede med en lovændring, der skulle lægge Sundhedsstyrelsen ind under almindeligt ministeransvar, i stedet for at Sundhedsstyrelsen havde den meget selvstændige stilling i forhold til minister og ministerium, den havde haft. Det blev udlagt sådan, at jeg ville sikre mig al magt over lægerne og sundheden. Men i virkeligheden havde det været meget nemmere at lade det hele være, som det var. Men jeg syntes konstruktionen var forkert. Og den gav anledning til utrolig meget kævl mellem ministerium og styrelse, fordi styrelsen hele tiden fastholdt, at ansvaret var deres.

Jeg er helt klar over, at der nu lægges op til, at Sundhedsstyrelsen igen skal have en meget selvstændig rolle i forhold til ministerium og regioner. Det synes jeg som sagt, er parlamentarisk meget forkert.

Lægerne havde altså en særstilling, som de nødig gav afkald på, hvilket også fremgik, da jeg satte et arbejde i gang om en patientforsikringslov aktualiseret af nogle frygtelige sager, som torsdagsmodtagelsen havde givet mig syn for sagn om. Det var en lovgivning, jeg i den grad blev advaret af ministeriet mod at begynde på. Det ville blive alt, alt for dyrt! I sig selv en lidt ubehagelig tanke, hvis antagelsen var rigtigt!

Jeg husker min tale til de unge, der afsluttede deres lægeuddannelse. Jeg prøvede at fortælle dem, at det ikke kun var fint at være forsker, og at der var lige så megen

prestige - og måske forskningsemner - i at være ved patientens side, ja, tale med patienten på et normalt sprog og tage patienten i hånden. Den tale kom på forsiden af Berlingske Tidende: Lal, blev der sagt og lægerne og Amtsrådsforeningen slog sig sammen i dirrende protest mod den lille dame fra Fyn, der troede, hun havde forstand på, hvad sundhed og rigtig lægegerning er. Til gengæld jublede sygeplejerskerne!

AIDS kommer til landet

Mens debatten om ændringen af Sundhedsstyrelsen var på dagsordenen, væltede der så et voldsomt problem ned over os: AIDS kom til landet. Smitte førte til døden. Vi havde ingen midler mod sygdommen. Sygdommen var i sig selv forfærdende og skræmmende, men det var den også, fordi AIDS blev en generations bratte opvågning fra en blind tro på, at frihed betyder, at vi også seksuelt kan gøre, hvad vi har lyst til.

AIDS vendte op og ned på det hele. Den førte til en skræmmende erkendelse af, at det enkelte menneskes øjeblikkelige lyst til nydelse kan føre lige i døden for den anden.

De homoseksuelle var netop ved at blive accepteret, og det var et hårdt slag for den gryende accept, at det i høj grad var blandt dem, risikoen var størst. Det kunne meget let blive deres skyld, ligesom det kunne blive de, der havde været i udlandets skyld. Bøsserne var meget tidligt klar over dette og gik meget stærkt med i det forebyggende arbejde.

Men der blev hurtigt blandet en anden gruppe ind i de vanskelige problemer, nemlig bløderne, der var afhængige af blodprodukternes renhed. Hermed blev bloddonorerne, der hidtil havde været et højt estimeret udtryk for dansk frivillig offervilje, blandet ind i sagen med deres modsatrettede interesse, fordi ingen kunne vide, hvem der var smittet. Måske var nogle af de, der gav blod? Det private liv blev også blandet ind i sagen. Turde manden med en afvigende seksuel tilbøjelighed fortælle sin kone, at han måske ikke altid havde nøjedes med hende? Og hvis han ikke sagde noget - kunne hun så smittes? Og hvad så? Eller hvis hun nu selv opdagede, at han blev syg? Meget, der hørte til i det private rum, blev pludselig et offentligt anliggende.

Alt hvirvledes op. Også spørgsmålet om anonymitet eller ikke. Vi var bange for, at mennesker ikke ville komme til undersøgelse, hvis det ikke var anonymt. Modsat skabte anonymiteten andre problemer. Den politiske beslutning blev efter svære overvejelser: anonymitet.

AIDS blev den gode pressehistorie. Sagen havde alle ingredienser til drama og forsider og tv-billeder i det uendelige: usikkerhed, angst, sygdom, utroskab, sex, normalitet/ikke-normalitet, moral/umoral, blod, faglig uenighed, organisationsinteresser og magtesløshed, fordi der ingen behandlingsmuligheder var. Det hele kogt godt sammen i en overophedet politisk debat, der kunne tage afsæt i alle disse interesser.

Det var en slem cocktail, også når henses netop til problemet med en usikker ansvarsfordeling mellem ministerium, minister og styrelse.

Til den politiske afmagt i Folketinget hørte, at der blev stillet forslag om, at smittede skulle spærres inde! Og altså, at anonymiteten skulle hæves, så alle vidste, hvem der var smittet, eller hvem der havde været på afveje.

Til trods for sagen og mediernes personlige angreb og overgreb, der kom til at række alvorligt og langt ind i mit og min families civile liv efter min ministertid på en måde, som jeg ikke ønsker min værste modstander nogensinde skal udsættes for, glæder det mig, at det tit lyder nu, at vi var ét af de lande, der hurtigst fik ført den plan ud i livet, som vi høster glæde af nu. Jeg vil tillade mig at bruge lejligheden til at sige, at det ikke mindst var ministerens skyld personligt, at pengene blev bevilget og planen sat i værk. Og dette til trods for alt, hvad der har været hævdet af det modsatte og til trods for både dommerundersøgelser og domstoles frikendelse af mig.

Men jeg bliver harm, når vi igen må læse, at de unge ikke gider bruge kondom og være forsigtige med hinanden. Men nu kan sygdommen jo også helbredes. Det burde imidlertid ikke gøre os uansvarlige igen.

Mediernes rolle

Sagen viser noget om, hvilken voldsom rolle, medierne spiller i sundhedsvæsenet, og hvilken vældig rolle medierne kan bruges til at spille og lader sig bruge til at spille, når mange interesser går op mod hinanden og når pressen kritikløst spiller med.

Pressen kan være en hjælp for den syge eller for en gruppe syge, men den kan sandelig også være en fare for, at den patient eller patientgruppe, der ikke nyder pressens bevågenhed, bliver skubbet ud i sundhedsvæsenets og politikernes bevidsthed på en måde, der ikke er rimeligt, heller ikke i forhold til tildeling af økonomiske midler.

Og afslutningsvis til den nuværende styring af sundhedsvæsenet.

De nye regioner

Jeg hører til de, der mener, det er helt galt, at vi nu har fået regioner, der som hovedopgave får sundhedsvæsenet, uden at de har økonomisk ansvar for at skaffe midlerne til det, de beslutter. Derimod er de stærkt dikteret af en egenrådig Sundhedsstyrelse og presset hårdt af en befolkning, der vil forlange at blive behandlet for snart sagt alting, og et Folketing, der forlanger, at det sker, så de kan få stemmer. Det hele med en direkte økonomisk pipeline til Finansministerens kasse.

Jeg er meget bange for, at vi hermed får gentaget den fejl, som man lavede, da man oprettede Sundhedsministeriet som et selvstændigt ministerium, og jeg er meget bange for, at den cocktail, der lægges op til, vil lægge et voldsomt opdrivende pres på sundhedsudgifterne. Ingen regering kan stå imod, når der i de kommende år vil opstå ramaskrig lokalt over krav, som både befolkningen og Folketingets politikere forlanger, men som ikke kan lade sig gøre pga. mangel på penge lokalt. Det bliver alt for let at sende regningen opad i systemet til et forsvarsløst Folketing. Amtspolitikerne har på mange måder været meget bedre til at sige fra end Folketinget. Mediepresset er meget stærkere på Folketinget og på regeringen.

I min tid var problemet naturligvis, at ministeren ofte fik ansvaret, men at det reelt var amternes. Det var ikke problemløst, men jeg tror trods alt, det var et sundere system. At skille økonomisk og politisk ansvar så stærkt, som det sker nu, tror jeg er et uholdbart eksperiment, som hurtigt kan vise sig at føre til, at regionerne helt nedlægges, og sundhedsvæsenet ender under staten. Det er et system, jeg hverken hylder eller tror på, giver et bedre sundhedsvæsen.

Men jeg er også så gammel, at jeg har siddet med i udvalget, der skulle forberede udlægningen af særfor sorgen til amterne. Det statslige tilhørsforhold, vi bød særfor sorgen indtil da, var ikke ligefrem en gevinst for de mennesker, der skulle lide i det system. Det var simpelthen en skændsel.



Agnete Laustsen

Sundhedsminister (C) i perioden 10.9.1987 – 3.6.1988 under Poul Schlüter

Indlægget er udarbejdet og fremlagt af fhv. departementschef Jørgen F. Varder i samarbejde med Agnete Laustsen.

Jeg hedder Agnete Laustsen, og jeg blev den første sundhedsminister i 1987. Jeg ville så gerne selv have fortalt om mine sundhedspolitiske erindringer, men for to et halvt år siden blev jeg ramt af en hjerneblødning. Jeg har derfor bedt fhv. departementschef Jørgen Varder om at holde mit indlæg.

Det var en dejlig tid, heftig og travl, men altid omgivet af loyale medarbejdere. Som en af mine medarbejdere en gang sagde: "enten har vi travlt eller også har vi meget travlt".

Og nu overgiver jeg trygt ordet til Jørgen Varder.

Tirsdag den 8. september 1987 var der folketingsvalg, der resulterede i, at Poul Schlüter igen dannede regering, og ved regeringsdannelsen blev der etableret et selvstændigt Sundhedsministerium.

Agnete Laustsen og jeg mødtes fredag den 11. september om morgenen i de midlertidige kontorer, der var blevet indrettet til minister og departementschef i bagbygningen til Slotsholmsgade 8 mellem Justitsministeriet og Socialministeriet.

Agnete Laustsens ministerperiode blev på 9 måneder, hvorefter hun i juni 1988 blev boligminister. Jeg vil dække Agnete Laustsens ministerperiode, og det jeg siger, er afstemt med Agnete Laustsen. Det har ikke været nemt at finde den rette form for at fremlægge Agnete Laustsens overvejelser og tanker. Derfor bliver dette indlæg mere refererende, og jeg bruger ofte betegnelsen "vi", idet ministeren kørte et meget tæt parløb med sine rådgivere.

Agnete Laustsen var jurist, ansat i Indenrigsministeriet og medlem af Folketinget. Dvs. hun kendte både det administrative og det politiske spil, og hendes samarbejde med hele organisationen var fra den første dag meget professionel.

Et nyt sundhedsministerium ser dagens lys

Det nyoprettede sundhedsministerium bestod af et departement, der fortrinsvis var sammensat af medarbejdere fra Indenrigsministeriets sundhedsafdeling, men derudover var der levnedsmiddelmedarbejdere fra Miljøministeriet, alkohol- og narkotikamedarbejdere fra Socialministeriet og sundhedsmedarbejdere fra det nedlagte Grønlandsministerium. Derudover de to store faglige styrelser Sundhedsstyrelsen og Levnedsmiddelstyrelsen samt DIKE, der nu er blevet til Statens Institut for Folkesundhed. Endvidere et antal råd og nævn samt tre store institutionsområder Rigshospitalet, Statens Seruminstitut og det grønlandske sundhedsvæsen.

Men hvad var rationalet bag oprettelse af et selvstændigt Sundhedsministerium? Hvad var regeringens og omverdenens forventninger til det nye ministerium? I selve oprettelsen lå et signal om opprioritering af sundhedsområdet, men vi fornemmede også, at der hos statsministeren og specielt hos finansministeren var en vis frygt for, at det nye ministerium skulle udvikle sig til et omkostningsdrivende holdningsministerium.

Sundhedsområdet havde hidtil hørt hjemme i Folketingets kommunaludvalg, men nu etablerede Folketinget et selvstændigt sundhedsudvalg, hvilket naturligvis satte gang i den politiske eksponering af sundhedsområdet. Da Folketingets sundhedsudvalg blev oprettet fik vi den gode idé, troede vi, at invitere det nye udvalgs medlemmer og suppleanter til en indføring i sundhedsvæsenets problemstillinger. Hvert område (sygehusvæsenet, den primære sundhedstjeneste, medicinområdet, forebyggelse og sundhedsfremme osv.) blev dækket af en ekspert. Der kom desværre kun fem repræsentanter fra udvalget. Vi havde også set mødet som en mulighed for at få nogle politiske synspunkter til indholdet i den sundhedspolitiske redegørelse, vi havde planer om at fremlægge, men også det faldt til jorden. Sundhedsministeriet blev hurtigt et af de ministerier, der fik flest spørgsmål fra Folketinget, og hvor ministeren oftest var i samråd.

Vi besluttede meget hurtigt at melde ud, at ministeren ville fremlægge en sundhedspolitisk redegørelse for Folketinget, så alle kunne se, hvad det nye ministerium stod for. Den sundhedspolitiske redegørelse blev fremlagt den 2. december 1987, kun godt to måneder efter ministeriets oprettelse.

Vi startede den interne diskussion om indholdet i redegørelsen med at forsøge at afdekke problemområder på sundhedsområdet, hvor Sundhedsministeriet kunne gå ind og bidrage til en løsning.

Aviserne havde gennem 1980'erne været fyldt med store overskrifter om det ustyrlige og dyre danske sygehusvæsen. Det kunne meget nemt konstateres, at dette ikke var rigtigt. Tværtimod var Danmark et af de få lande, der i denne periode havde haft fuld kontrol over udgiftsudviklingen.

Det betød ikke, at der ikke var andre problemer i sundheds- og sygehussektoren. Ved aftale om den kommunale økonomi i 1987 og 1988 var det den 29. maj 1987 blevet aftalt, at "der nedsættes et udvalg under Indenrigsministeriet til behandling af udgifts- og styringsmuligheder inden for det amtskommunale område". Udvalget blev nedsat den 10. juni 1987 med afdelingschef Jørgen Lotz som formand. Sundhedsministeriets bedste folk gik ind i dette udvalgsarbejde, der kørte sideløbende med arbejdet med den sundhedspolitiske redegørelse, og vi fik sat nogle solide aftryk.

Lotz-udvalget afgav betænkning i december 1987 med 27 forslag til en effektivisering og en bedre faglig og økonomisk styring af både sygehussektoren og den primære sundhedssektor. Det vil føre for vidt at remse forslagene op her, men forslagene indeholdt bl.a. en fortsat anbefaling af rammestyring, men i udviklet og nuanceret form, styrkelse af ledelsesfunktionen, forbedrede overenskomster, specialesamling (der fort-

sat i 2006 ikke har fundet sin endelige form), videreudvikling af produktivetsanalyser og afdelingsbudgetter og betaling for ventepatienter på sygehusene (indført ved lov fra 1. januar 1993).

Sundhedsministeriet kunne altså lægge til grund for sine overvejelser om indsatsområder, at det danske sundhedsvæsen fungerede billigt og rimeligt effektivt. Der var ikke her og nu brug for drastiske foranstaltninger. Der var brug for justeringer i et tæt samarbejde med det decentrale sundhedsvæsen, dvs. primært amter og kommuner.

Den sundhedspolitiske redegørelse

Det var afgørende for ministeren, at Sundhedsministeriet i den sundhedspolitiske redegørelse kom til at fremstå som et ministerium for sundhed og ikke for sygdom. I det følgende vil jeg gennemgå indholdet i den sundhedspolitiske redegørelse, idet redegørelsen må betragtes som et paradigmeskift i dansk sundhedspolitik. Selv om vi i 1984 havde tilsluttet os WHO's SFA-strategi (Sundhed For Alle), var det stadig det behandlede sundhedsvæsen, vi koncentrerede os om, og indsatsen startede primært, når sygdom var indtruffet. I redegørelsen tog vi udgangspunkt i, at det er livsstilssygdomme, bl.a. kræft og hjertekarsygdomme, der totalt dominerer sygdomsmønstret i hele den vestlige verden, og at det sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende arbejde derfor måtte styrkes. Den linie, der her blev lagt, blev fulgt af ministeriet til langt op i 90'erne med den ene undtagelse, at sygehusvæsenet efter regeringsskiftet i januar 1993 fik tilført flere penge.

Den sundhedspolitiske redegørelse indledtes med et afsnit "Sundhed for alle i Danmark" med udgangspunkt i WHO's sundhedsstrategi. Det var mere for at slå den rette tone i redegørelsen an fra begyndelsen.

I det næste afsnit om Sundhedsministeriet, der helt klart er en politisk programerklæring, hedder det bl.a.:

"Med oprettelse af Sundhedsministeriet er ansvaret for en række vigtige opgaver vedrørende befolkningens sundhed, som hidtil har været placeret under forskellige ministres ansvarsområde, blevet samlet. Regeringens formål hermed er især at sætte handling bag de gode politiske viljer, at intensivere det centrale sundhedspolitiske udspil i et samarbejde mellem regeringen og de kommunale parter og de ansatte i sundhedsvæsenet, at styrke indsatsen omkring sundhedsfremme, sundhedspædagogik og sygdomsforebyggelse, og at give disse opgaver en meget central placering, ikke kun i sundhedsvæsenet, men i samfundet som helhed. Samtidig skal der ske den nødvendige koordination af de mange forskellige opgaver i sundheds- og sygehussektoren og den tilgrænsende del af socialektoren. Til gavn for patienterne i form af et mere effektivt, et mere kvalitets- og servicebetonet og et mere sammenhængende sundhedsvæsen. Regeringens udgangspunkt for disse bestræbelser er, at det ikke behøver at betyde ekstra udgifter for skatteyderne."

Sundhedsfremme og forebyggelse

Tyngden i redegørelsen omhandler sundhedsfremme og forebyggelse. For at give et indtryk af den måde, vi ville angribe dette emne, skal jeg citere nogle sætninger fra dette afsnit:

”Vi må derfor være enige om, at det moderne samfunds sundhedsproblemer ikke blot bør løses i den traditionelle, behandlingsorienterede sundhedssektor.... Sundheden begynder hos den enkelte. Det basale er det enkelte menneskes adfærd og ansvar for eget helbred.... Det er efter regeringens opfattelse en hindring for en styrkelse af forebyggelsen, at en ”forebyggelsesdebat” meget ofte indledes med krav om øgede bevilninger og normeringer.... Adfærdsændringer vil have stor effekt på befolkningens generelle sundhedstilstand. Regeringen tror på, at vi kan ændre vores livsstil, hvis vi får at vide, hvorfor vi skal gøre det, og hvordan det skal gøres. Forebyggelse skal som hidtil bygge på frivillighed, oplysning og motivation. Uden for sundhedssektoren foregår i dag et meget omfattende forebyggende og sundhedsfremmende arbejde, men under andre betegnelser: Trivsel, livskvalitet, idræt, høj boligstandard, rent miljø, sikker trafik, godt arbejdsmiljø, sikre produkter osv. Sundhedsministeriet skal ikke overtage ansvaret for forebyggelsesindsatsen i samfundets mange forskellige sektorer.” Og afsnittet afsluttes med: ”Regeringen vil i løbet af 1988 fremlægge en plan for en sammenhængende, forebyggende indsats.”

Med de holdninger, der her blev lagt for dagen, kunne ingen frygte, at regeringen lagde op til, at forebyggelsespolitikken skulle blive præget af formynderi og lovgivning om folks livsstil.

Om den **primære sundhedssektors rolle** skrives:

”Det er regeringens målsætning, at så mange opgaver som muligt søges løst hos de alment praktiserende læger og de praktiserende speciallæger, inden patienterne om nødvendigt henvises til sygehus.” Vi var meget opmærksomme på at bevare de alment praktiserende læger i den vigtige gate-keeper funktion.

I afsnittet om **sygehusenes samfundsmæssige rolle** anføres:

”Sygehussektorens funktioner sigter ikke på at fremme og udvikle faktorer, som generelt kan forbedre menneskets sundhed.” Senere skrives: ”Med det store behandlingsbehov, der er, og som bl.a. skyldes den demografiske og medicinsk-teknologiske udvikling, er det ikke muligt at fjerne ressourcer fra sygehusvæsenet.” Dermed blev der ikke lagt skjul på, at det var det, ministeriet helst så.

I afsnittet om **sygehusvæsenets økonomi** fremhæves det:

”Udgifterne stiger med 1 til 2 % om året. Det er i overkanten af det acceptable, uanset at sygehusvæsenet er et af de områder, hvor vi fremover må forvente en vis vækst.”

Der er ingen tvivl om, at der i befolkningen var en stigende utilfredshed og mistillid til sundhedsvæsenet på trods af de stigende udgifter. Denne utilfredshed var ganske vist hjulpet godt på vej af medierne, men den var en politisk realitet. Derfor skulle systemet presses til at fungere bedre uden den automatiske tilførsel af nye ressourcer.

Om **ventetider** anføres:

”På sygehusvæsenets område har den politiske interesse især samlet sig om ventetider. Det er forståeligt. For de patienter, der må vente i længere tid på en operation, er det en uacceptabel belastning. Men realiteten er, at der kun er ventetider på ganske få områder inden for det kirurgiske område.” Dernæst slås det fast: ” Ventetider er ikke, som det ofte er blevet sagt, et spørgsmål om økonomi, men primært et strukturelt problem, der kan løses gennem bedre arbejdstilrettelæggelse og bedre ledelse.” Det var et synspunkt, som Sundhedsministeriet fastholdt længe, men ministeriet måtte senere erkende, at amtskommunerne ikke var i stand til at styrke ledelsesfunktionen og forbedre arbejdstilrettelæggelsen i nødvendigt omfang, hvorfor vi måtte acceptere, at den politiske løsning på problemet som sædvanlig var tilførsel af flere penge.

I afsnittet om **sundhedslov** anføres det:

” Regeringen har i sit lovprogram anmeldt en ændring af sygehusloven og sygesikringsloven. Vores krav til fremtidens sundhedsvæsen gør det påkrævet at gennemgå hele regelsættet på området med henblik på regelforenkling, modernisering og frem for alt en tilpasning til vores mål for en mere samarbejdende, sammenhængende og omstillingsbevidst sundheds- og socialektor. Det vil derfor blive vurderet, om der i stedet for at ændre de enkelte love hver for sig er fordele ved at sammenfatte hele området, eller i hvert fald sygehusene og sygesikringen, i et fælles lovkompleks – en sundhedslov.” Jeg skal senere knytte en kommentar til sundhedsloven og dens skæbne.

Sidste afsnit hedder **fælles indsats**.

Her noteres det, at dialogen mellem regering og Folketing er styrket ved oprettelse af Folketingets sundhedsudvalg. Det anføres videre, at regeringen i forståelse med de kommunale parter har besluttet, at der under sundhedsministerens ledelse skal nedsættes et sundhedspolitisk kontaktudvalg, som kan understøtte og forstærke samarbejdet mellem regeringen og kommunerne på dette område. Endelig anføres det, at regeringen med den sundhedspolitiske redegørelse ikke lægger op til en øget centralisering af ansvar og styring af sygehusvæsenet.

Jeg har som tidligere sagt gjort en del ud af den sundhedspolitiske redegørelse, fordi den blev en drejebog for Sundhedsministeriets fremtidige aktiviteter og meget klart for omverdenen markerede de synspunkter og holdninger, det nye ministerium stod for.

Erstatning til blødere

Til sidst skal jeg nævne, at ud over travlheden med at fastlægge de lange linjer og opbygge samarbejdsrelationer, blev ministeriets hverdag belastet af en lang række enkeltsager. Det var på den tid, at AIDS/HIV-problematikken kørte i højeste gear. Bl.a. blev den gamle såkaldte blødersag kørt helt op af medier og politikere. En landsdommer blev udpeget til at udarbejde en redegørelse om sagsforløbet. Da et flertal i Folketinget syntes, at det var synd for bløderne, fik de ved et aktstykke udbetalt en godtgørelse på 100.000 kr., der senere blev forhøjet til 250.000 kr. og derefter 750.000 kr. Denne linie blev senere fulgt op med godtgørelser til bl.a. Thule-arbejderne og bone-loc-patienterne. Den gamle sag om thorotrastbehandlingen blev også i denne periode kørt helt op.

Agnete Laustsens afslutning

Jeg vil afslutte Agnete Laustsens ministerperiode med at læse hendes egne afsluttende bemærkninger op:

”Min tid som sundhedsminister blev desværre kort, og jeg fik derfor ikke mulighed for selv at følge de mange gode intentioner i den sundhedspolitiske redegørelse op. Det var ni meget spændende og arbejdsomme måneder, hvor det ny ministerium blev organiseret, der blev fundet nye lokaler, hvor ministeriet kunne samles, og Sundhedsministeriets holdninger og synspunkter blev markeret. Linjen var klart, at oprettelsen af Sundhedsministeriet ikke betød en øget centralisering og statslig styring af sundhedsvæsenet. Jeg var helt indstillet på at give det decentrale sundhedsvæsen en chance for i et samarbejde med ministeriet at udvikle sig og levere den service, som borgerne med rette kunne forvente.

Jeg nåede ikke helt at mærke de ønsker fra Folketingets side til en stærkere statslig kontrol og styring, som mine efterfølgere kom til at opleve. Fx blev den sundhedspolitiske redegørelse modtaget uden de store kommentarer i Folketinget.

I organisationerne blev Sundhedsministeriet også godt modtaget, hvilket måske skyldtes, at de kunne se behovet i dansk sundhedsvæsen for en samlende kraft, og at ministeriet samtidig lagde op til et åbent samarbejde.

Selv Finansministeriet gav i min tid Sundhedsministeriet albueplads til at markere sig. Senere er det klart, at Finansministeriet svækkede Sundhedsministeriet rolle i samarbejdet med amter og kommuner ved at gå ind og overtage den økonomiske styring. Jeg husker derfor min sundhedsministertid som en meget positiv oplevelse, hvor der var pionerånd og teamspirit, og hvor alle havde en oplevelse af, at ministeriet var kommet godt fra start.”



Jørgen F. Varder

Elsebeth Kock-Petersen

Sundhedsminister (V) i perioden 3.6.1988 – 7.12.1989 under Poul Schlüter

Indlægget er udarbejdet og fremlagt af fhv. departementschef Jørgen F. Varder

Efter valget i juni 1988 blev Elsebeth Kock-Petersen sundhedsminister. Det blev en 18 måneders periode, hvor optagetheden af enkeltsager steg voldsomt, og hvor der fra alle sider blev revet og slidt i Sundhedsministeriet.

Indledningsvis skal jeg nævne, at Sundhedsministeriets stort anlagte organisationsudviklingsprojekt, hvor sigtelinjerne var et mindre departement og stærke faglige styrelser, blev stoppet og fuldstændig skrinlagt af den ny minister. Intentionen var i første omgang at lægge politisk afstand til et større antal enkeltsager, men den udvikling ønskede ministeren ikke.

Lægestillinger på sygehusene

Der blev afgivet to betænkninger om en bedre klinisk videreuddannelse af yngre læger og bedre arbejdstilrettelæggelse på sygehusene. Der blev indført blokstillinger for yngre læger, og vi fik faststillingsreformen. Hidtil havde de eneste faste lægestillinger været overlægerne. Nu fik vi både den faste speciallæge og afdelingslægestillingen. Tidligere i 1987 havde vi fået indført en stillingskategori som vagtbærende overlæge. Vi havde dermed fået de rette værktøjer til at få løst de to store problemer omkring arbejdstilrettelæggelse og yngre lægers kliniske videreuddannelse, troede vi. Lægerne ville imidlertid noget andet, og amterne savnede den ledelsesmæssige kraft til at gennemføre de rigtige løsninger. Vi fik også indført praksisreservelægeordningen for at give lægerne et bedre kendskab til den primære sundhedstjeneste.

Ventelister

Ventelisteproblematikken kom også i stærk politisk og mediemæssig focus. Vi indførte kvartalsstatistikker fra Sundhedsstyrelsen med henblik på at synliggøre problemets omfang for både befolkningen og for lægerne selv.

Forebyggelsesprogram

Regeringens forebyggelsesprogram blev lanceret i et tæt samarbejde med 11 andre ministre. Den liberale tilgang til forebyggelse blev fastholdt. Det drejede sig om at gøre det sunde valg til det lette valg, men det var det enkelte menneske, der traf valget. I pressemeddelelsen skrev Elsebeth Kock-Petersen bl.a.: " Man kan måske nok blive et sundere menneske af at spise gulerødder, men ikke nødvendigvis et bedre menneske."

Medicinpriser

Medicinpriser og liberalisering af apotekervæsenet kom også på den faste dagsorden. Vi fik den gode '800 kr.-regel-før-tilskud' til medicin, men da den efter megen politisk og mediemæssig tumult var begyndt at virke helt gnidningsfrit og med stor økonomisk effekt, blev den tabt på gulvet i det politiske spil.

Fødevarekontrollen

Fødevarekontrollens tilrettelæggelse blev også en stor sag. Sagen om et parti mugne tørrede figner stillede store spørgsmål ved det hensigtsmæssige i det daværende system med 38 kommunale levnedsmiddelkontroller. Politisk var det imidlertid på det tidspunkt ikke muligt med en statsliggørelse eller en kraftig reduktion i antallet af levnedsmiddelkontroller.

Alternativ medicin var også et emne, der optog ministeren, og Sundhedsstyrelsens kontaktudvalg vedrørende alternative helbredelsesmetoder/midler blev nedsat.

Publikationen "90'ernes psykiatri" blev udsendt som indledning til en ny planlægningsrunde om psykiatri.

Blødersagen

Landsdommer Niels Johan Petersens beretning om den såkaldte blødersag blev afgivet med en voldsom kritik af seks ledende tjenestemænd. Ved en efterfølgende tjenstlig undersøgelse, der blev forestået af højesteretsdommer Niels Pontoppidan, blev alle pure frifundet, bortset fra en overlæge på Statens Seruminstitut, der fik en irettesættelse for rod med opgørelsen over blodprodukter. Bløderforeningen gik som bekendt videre til domstolene, hvor det endte med, at Østre Landsret frifandt sundhedsmyndighederne og den ansvarlige minister på daværende tidspunkt, Britta Schall Holberg.

Debat om screeninger

Det var også i den periode, at Det Sundhedspolitiske Kontaktudvalg meldte ud, at der var enighed mellem regeringen og Amtsrådsforeningen om, at der ikke i øjeblikket var grundlag for generelt at anbefale indførelse af mammografiscreeninger. Det var en meget spændende debat for og imod brug af sundhedsvæsenets ressourcer på raske mennesker frem for på de syge, lige som alle de etiske aspekter i forbindelse med de mange falsk positive blev drøftet. Holdningen dengang var rimelig klar, men det har så ændret sig siden.

Forslag til sundhedslov

Forslag til en ny, samlet sundhedslov blev offentliggjort af ministeren i maj 1989. I pressemeddelelsen skrives bl.a., at de mange berørte parter nu får god tid til at overveje og debattere forslaget. Lovforslaget er i sig selv udtryk for en modernisering og forenkling af de mange regler. Loven sammenfatter og erstatter ni særskilte love på sundhedsområdet. Ministeren fremhæver i pressemeddelelsen, at det ikke alene drejer sig om samarbejdet mellem de mange offentlige myndigheder og professioner, men at der er lagt vægt på, at respekten for det enkelte menneske styrkes. Forslaget mødte massiv modstand i Folketinget og blev som bekendt først fremsat i januar 1990 af Ester Larsen.

De etiske spørgsmål kom i kølvandet på Etisk Råds nedsættelse mere og mere på dagsordenen, bl.a. udsendte Sundhedsministeriet en betænkning om Forskning på

Mennesket. Sundhedsministeren lovede Folketinget en samlet redegørelse om den biomedicinske forskning i Danmark.

Fysioterapi

Den vederlagsfri fysioterapi blev indført fra den 1. april 1989. Det var Centrumdemokraternes pris for at støtte en finanslovsaftale. Den afsatte ramme var 30 mio. kr., men efter pres fra Centrumdemokraterne blev rammen ophævet, og udgiften steg i løbet af få år til 130 mio.kr.

Den 6. december 1989 havde Elsebeth Kock-Petersen fået nok, og hun meddelte statsministeren, at hun ønskede at fratræde posten som sundhedsminister. I sin pressemeddelelse skrev Elsebeth Kock-Petersen bl.a.:

”Jeg har valgt at føre dette længe nærede ønske ud i livet på et tidspunkt, hvor den politiske ro er genskabt og på et tidspunkt, hvor en lang række større problemer inden for Sundhedsministeriet er bragt på plads:

- En faststillingsreform er fastlagt, således at patienterne på hospital ikke skal udsættes for så mange læger; derudover er grundlaget lagt for en effektivisering af den lægelige videreuddannelse.
- En ny sundhedslov er klar til fremsættelse med indføring af flere valgmuligheder og rettigheder for den enkelte borger.
- Forebyggelsen er der sat skub i gennem regeringens forebyggelsesprogram og gennem fremsættelse af forslag til et forebyggelsespolitisk råd.
- Der er med det grønlandske hjemmestyre aftalt arbejdsplan for Grønlands overtagelse af sundhedsvæsenet.
- Sundhedsministeriet har leveret en væsentlig del af besparelserne, der også har et sundhedsmæssigt sigte.
- Der er indgået aftale med Apotekerforeningen om bruttoavancen for de næste to år.
- Der er planlagt en redegørelse om sundhedsforskningens etiske aspekter.
- Der er blevet sat skub i udlægning af opgaver fra sygehusvæsenet til praksissektoren.
- Der er udnævnt ny ledelse og fastlagt ny målsætning for Seruminstitutet.
- Rigshospitalets placering som modelhospital er ved at blive ført ud i livet.

Alt i alt synes jeg, der er god gang i løsning af opgaverne indenfor Sundhedsministeriet, og at det danske sundhedsvæsen – særlig på grund af amternes indsats – er inde i en god udvikling i disse år.”

Med dette positive udsagn vil jeg slutte mit indlæg. Hvis jeg havde talt på egne vegne, ville indlægget nok have været lidt mere farverigt, men det har ikke været min opgave i dag at komme med mine personlige synspunkter på det, der skete i ministerperioden.



Ester Larsen

Sundhedsminister (V) i perioden 7.12.1989 – 25.1.1993 under Poul Schlüter

I oplægget til dagen bemærkede jeg, at du, Finn Kamper-Jørgensen, ikke ønskede en opremsning af vores gode gerninger. Jeg tænkte: Nu agerer Statens Institut for Folkesundhed ganske som medierne – de gider ikke høre de gode historier om virkelige forbedringer – de vil kun høre om sensationer, intriger og skalpejagt. Men sådan var det så alligevel ikke. Du efterlyser værdier og overvejelser bag beslutningerne.

Transplantationer og døds-kriterier

Da jeg trådte til som minister, trådte jeg direkte ind i en intern værdidiskussion i regeringen. På det tidspunkt var spørgsmålet om de såkaldt 'varme transplantationer' voldsomt aktuelt. Danske patienter fik hjerte- og levertransplantationer i udlandet. Det skyldtes ikke manglende dansk kompetence. Men det gældende døds-kriterium umuliggjorde udtagning af organer. Hjertetransplantationer i Danmark forudsatte således et supplerende døds-kriterium.

Det var på flere måder et etisk vanskeligt spørgsmål. Dels var der det helt konkrete spørgsmål om almindelig anstændighed. Hvor længe kunne vi som nation bare lade danske patienter operere i udlandet og dermed profitere af andre menneskers donationer? En afgørelse trængte sig voldsomt på, og engelske læger øgede presset ved at true med at nægte danske patienter transplantationer så længe, der ikke blev stillet danske organer til rådighed. Vi måtte enten indføre et supplerende døds-kriterium, eller også måtte vi afstå fra at sende patienter til udlandet.

Men beslutningsprocessen var virkelig vanskelig, fordi der blev rørt ved grundlæggende eksistentielle spørgsmål om liv og død. Aldrig tidligere i menneskets historie har der været tvivl om, hvorvidt et menneske var levende eller død. Et menneske udåndede, det døde, når hjertet holdt op med at slå, så enkelt var det. Denne opfattelse skulle der nu rykkes ved. Nu skulle vi lære at leve med den medicinske opfattelse, at døden er en proces. Når hjernestammen er holdt op med at fungere, er døden uafvendelig. En folkelig accept lå ikke lige for. Når det alligevel lykkedes på rimelig hæderlig vis at komme igennem med et supplerende hjernedøds-kriterium, skyldtes det den forudgående, grundige, folkelige debat. Emnet var på dagsordenen ved utallige møder landet over. En del af befolkningen forligede sig lidt efter lidt med tanken, idet de indså, at det var forudsætningen for, at vi kunne få gavn af den nye medicinske og teknologiske landvinding.

Blandt problemerne var spørgsmålet om, hvem der skulle kunne afgive samtykke. Nogle fandt det utilstedeligt overhovedet at spørge ulykkelige pårørende om tilladelse og arbejdede med et for mig at se ret uhåndterligt begreb: formodet samtykke. Andre mere håndfaste foreslog, at det skulle være en borgerpligt at tage stilling. Der var forslag fremme, og de dukker stadig op, om at gøre det til en betingelse for at få kørekort eller sygesikringsbevis, at man aktivt tager stilling til donation. Jeg både var og er modstander af alle former for afpresning. Ved at kræve en aktiv stillingtagen til donati-

on af organer lægger samfundet et utilstedeligt pres på den enkelte. Det er svært at undgå oplevelsen af, at der kun er ét politisk korrekt svar. Det understregedes da også af kontante forslag om, at personer, der ikke svarer positivt skal blacklistes, så de i givet fald heller ikke kan modtage et organ, hvis de skulle komme til at mangle.

Som en detalje kan jeg i forbindelse med spørgsmålet om donorregister nævne diskussioner om, hvorvidt det skulle være muligt ikke bare at få noteret tilsagn, men også frasagn. Men efter et af de omtalte møder, kom en ældre mand hen til mig og sagde: "Min nærmeste pårørende er en meget fjern fætter. Kan jeg virkelig risikere, at han bare giver lov til, at man må pille mine organer ud, når jeg er død?" På stedet besluttede jeg, at den risiko skulle han ikke udsættes for. Så sig ikke, at enkeltmennesker ikke kan påvirke lovgivningen! For mig har det været vigtigt at fastholde donation som det, det er – en gave. Vi ejer selv vores krop.

Placering af transplantationer

Da dødsriterieproblemet var løst i 1990, stod spørgsmålet om lokalisering af hjerte- og levertransplantationer tilbage. Det skulle imidlertid vise sig at blive et sandt lærestykke i, hvor uhensigtsmæssigt, ja direkte skrappelløst, demokratiet kan udarte sig. Når folketingsmedlemmer svigter deres overordnede ansvar og indgår i et uskønt lobbysamarbejde med eksempelvis fag-egoistiske læger og overambitiøse lokalpolitikere, ja, så lades der direkte hånt om patientsikkerheden. Den kom simpelthen i anden række.

For mig at se, var det indlysende, at opbygning af kompetence, erfaring og rutine blev samlet ét sted i betragtning af, at det drejede sig om både teknologiske og behandlingsmæssige store og komplicerede udfordringer. Den oplagte placering var på det tidspunkt helt uomtvisteligt Rigshospitalet.

Jeg tror også, at enhver ansvarlig læge, der ikke lige var ansat i Århus, fandt, at det ville stride mod al sund fornuft at sprede den nye krævende behandling af få patienter på flere behandlingssteder. Men det, der var indlysende i det meste af landet, var på ingen måde indlysende i Århus. Her så man ganske anderledes på sagen. Her kæmpede man med al magt og med alle midler for, at Århus også skulle have lov at lege med - og helst fra dag ét.

Medicinaldirektøren var formand for det nedsatte transplantationsudvalg, der også talte lægelige, århusianske medlemmer. Det var noget af en uriaspost for medicinaldirektøren, for under møderne skulle de århusianske læger, så vidt jeg har forstået, løbende indhente politisk instruks hjemmefra. Det betød, at sagen endte i Folketinget, hvor det lykkedes lokalpatriotiske jyder, opildnet af oppositionsinteresser, at sejre over indlysende, anstændige patienthensyn. Der blev etableret flertal for, at lille Danmark stik mod al fornuft skulle opbygge transplantationserfaring og rutine ikke mindre end to steder. Medicinaldirektøren fik så pålæg om at fordele et imaginært svimlende højt antal forventede transplantationer mellem Århus og Rigshospitalet. De dårlige transplantationsresultater i Århus afslørede efterfølgende tåbeligheden i beslutningen om to transplantationscentre. Dertil kom, at antallet af forventede transplantationer ikke

tilnærmelsesvis nåede de oppustede forventninger. Ved skæbnens ironi faldt det i en af de ivrige Århus-fortaleres lod, siden som minister selv, at måtte indstille transplantationsaktiviteten i Århus!

I situationer som denne har jeg måttet medgive, at tidligere medicinaldirektør Ester Ammundsen ikke havde ganske uret, da hun i 1973 udtalte: "Sundhedsvæsnet styres af meget stærke politiske, emotionelle og faglige kræfter som udenforstående har svært ved at forstå". Denne beske kommentar faldt i forbindelse med, at Sundhedsstyrelsen måtte erkende, at dens dengang aktuelle sygehusplanlægning var kørt uhjælpelig fast.

Hvis jeg skal forsøge at karakterisere den periode, som min treårige ministertid faldt i, er der to træk, som jeg finder væsentlige set ud fra en sundhedspolitisk vinkel. Det var for det første den usikkerhed, der prægede tiden - usikkerheden over for de store teknologiske fremskridt, der pludselig repræsenterede hidtil ukendte etiske dilemmaer. Man havde levet med det enkle positivistiske grundsyn, at alle nye behandlinger var udtryk for nyttige fremskridt, der ikke krævede andre reaktioner end begejstring og bevillinger. Men da fertilitetsbehandling pludselig efterlod overskydende, menneskelige kønsceller i petriskåle i laboratorierne, opstod der tvivl og overvejelser, om der mon ikke skulle fastsættes grænser for hvilken omgang med menneskeligt liv, vi som samfund kan acceptere.

Patientrettigheder

Et andet markant træk i tiden var en stærkt voksende interesse og respekt for det enkelte individ og dets rettigheder. Det er selvsagt værdier, der altid vil ligge liberale ministre stærkt på sinde. Men individualiseringstrenden var så dominerende i tiden, at den muliggjorde et reelt værdiskifte – også inden for sundhedsområdet. Dette værdiskifte slog eksempelvis igennem som en myndiggørelse af den enkelte patient, hvilket blev manifesteret gennem vedtagelse af en række rettighedslove.

Tidligere tiders lægeautoritet kom under pres. Der havde eksempelvis udviklet sig en manifest folkelig mistillid til de hvide kitlers broderskab. Det var baggrunden for, at Patientklagesystemet blev indført, hvorved det lægelige selvdømme blev afskaffet. Sundhedsvæsnet blev i det hele taget genstand for en stigende offentlig bevågenhed. Jeg husker, at en undersøgelse fra firserne viste, at kun 3 % af alt avisstof havde sundhed som tema, og det drejede sig mest om artikler skrevet af læger. Sådan var det ikke i halvfemserne!

Patienten skiftede rolle. Frem for udelukkende at være et behandlingsobjekt - eksempelvis benævnt som galdestenen i sengen til venstre eller det brækkede ben på stue to - blev patienten et selvstændigt individ med ret til medinddragelse og selvbestemmelse. Det ændrede patientsyn satte gang i et omfattende lovarbejde, der sikrede en lang række patientrettigheder som integritet, selvbestemmelse og valgfrihed. En væsentlig del af de centrale rettighedslove blev gennemført under Schlüter-regeringerne. Nogle før min tid – andre i min tid.

Det frie sygehusvalg

Den patientrettighed jeg er mest glad for at have stået fadder til, er lovfæstelsen af det frie sygehusvalg, som efter en ret vanskelig fødsel så dagens lys i 1992. Den lovbestemmelse betragter jeg som patientens fundamentale frihedsret. Når fødslen var besværlig, skyldes det dels en ret fodslæbende opposition og dels amternes kolossale modvilje. Debatten var voldsom. Amterne skummede og skumlede. Deres planlægning ville blive totalt undermineret og umuliggjort, hvis patienterne selv kunne vælge sygehus, var et af deres mange postulater. Man beskrev rædselsscenerier, hvor store skarer af patienter drog hængende gennem landet, nærmest som på folkevandringernes tid. Andre påstod hårdnakket, at det frie valg var totalt overflødigt, og at ingen ville benytte sig af det.

Men der var behov for loven, for amterne var utrolig restriktive i deres adfærd og praktiserede hårdhændet princippet "egne patienter i egne senge". Det havde på et tidspunkt før min periode eksempelvis givet det groteske udslag, at amter pålagde gravide at holde sig inden for hjemlige amtsgrænser i tiden op til forventede fødsel. Dette absurde påbud blev dog ophævet, da en amtsborgmester oplevede, at hans gravide datter måtte sende afbud til familie julen.

Men over for andre, nemlig de syge patienter, blev princippet fastholdt og håndhævet nådesløst. En yngre enlig, uhelbredelig kræftsyg kvinde, bosiddende i København, ønskede heftigt at blive overført til et provinshospital for at være i forældrenes nærhed i den sidste tid. Men det lod sig ikke gøre. Man skulle pænt dø i eget sygehusvæsen frem for at udløse unødigt betaling til et andet amt.

Efter hver højtid modtog jeg vrede, ulykkelige og hjerteskrærende breve. De drejede sig om ældre mennesker, der var blevet syge og hospitalsindlagt under et ophold hos voksne børn i et forkert amt. Disse patienter oplevede til deres forfærdelse, at de ikke modtog behandling, men derimod omgående blev gjort transportklare for hurtigst muligt at blive fragtet til et sygehus i deres eget hjemamt.

Udover at løse sådanne uværdige og umenneskelige situationer ville et frit sygehusvalg også kunne sikre patienter, for hvem ventetid er en erhvervsmæssig katastrofe, adgang til sygehuse med kort ventetid. Det forekommer i dag helt anakronistisk at repetere de relevante argumenter for et frit sygehusvalg. Det frie valg har jo støt gået sin sejrsgang siden, og er i dag udvidet til både private og udenlandske hospitaler.

Fertilitetsbehandling

Som nævnt gav de mange teknologiske muligheder etiske anfægtelser. Fertilitetslæger indførte den nye forplantningsteknologi, den såkaldte reagensglasbehandling, helt uden forhåndsgodkendelse fra Folketinget eller sygehusejere. De fastsatte også selv suverænt behandlingskriterier, der ikke blot rummede sundhedsmæssige, men også sociale elementer.

Det har for øvrigt altid undret mig, at læger her diskriminerede særbørn, så det var til at tage og føle på. I parforhold er det kun de ægte børn, fællesbørnene, der tæller. Det betød, at lægerne anså manglende fællesbørn for et kriterium for fertilitetsbehandling. Da denne behandling var indført, oplevede man det ikke helt uforudsigelige forhold, at der dukkede skåle med befrugtede æg op i laboratorierne. Det fik naturligvis forskerne til at ønske at benytte disse overskydende, befrugtede æg til forskningsformål. Men de tøvede, de turde alligevel ikke gå videre uden accept. Det gjorde de klogt i! For den amerikanske filosof, Robert Veatch, har jo ret, når han, med inspiration fra Churchill, hævder: "Ligesom krig er alt for vigtig en sag til at overlade til generaler, er medicinsk etik alt for alvorlig til at overlade til lægerne."

Anmodningen om at forske på befrugtede æg landede naturligt nok i Folketinget, hvor det bragte Tinget i stor vildrede. For at få bragt spørgsmålet lidt på afstand besluttede Folketinget i 1987 at indføre et 3-årigt moratorium for forskning på befrugtede æg. Samtidig etablerede man en rådgivende instans, Det Etske Råd, der skulle fremkomme med forslag til lovgivning. Det var efter min mening en meget klog beslutning. Det er yderst værdifuldt, at en uafhængig gruppe mennesker - med stort lægmandsislæt - gennemanalyserer de etiske dilemmaer, der uafvendeligt knytter sig tæt til en hastig, højteknologisk udvikling. Et kultursamfund må naturligvis fastlægge, hvilken omgang med menneskeligt liv, det vil acceptere. Etske grænsedragninger kan hverken baseres på ivrige forskeres ønsker og ambitioner, eller på hvad patient og behandler indbyrdes finder er i orden. Det er klart en samfundsmæssig opgave at foretage grænsedragninger - men svært er det. Selv om moratoriet udløb i 1990, nåede vi frem til 1992, før det lykkedes at få alt på plads.

I loven om Det Etske Komitesystem reguleredes forsøgsgodkendelse og beskyttelse af forsøgspersoner. Helt centrale var bestemmelserne om befrugtede æg - især nedfrysning og donation. Da jeg fandt det vigtigt, at Folketinget fulgte godt med på dette område, indsatte jeg en revisionsbestemmelse i loven. Folketinget burde løbende vurdere om reglerne til stadighed er de rette. Den beslutning har nogle af mine efterfølgere sikkert bandet en del over, efter at lovbehandlingerne begyndte at udvikle sig ret tumultagtigt. Den seneste behandling i Folketinget, hvor spørgsmålet om lesbisk stilling kom i centrum, er vist den foreløbige kulmination i tumultgenren.

AIDS

AIDS var et emne, der fyldte meget på den sundhedspolitiske dagsorden i min periode, selvom de store dønninger lå forud. Fremkomsten af en helt ny dødelig, sygdom, som man stod magtesløs over for behandlingsmæssigt, var chokerende. Det var meget vanskeligt at forlige sig med, at en uafvendelig katastrofe kunne ramme unge, raske mennesker.

Velfærdsstaten havde jo netop vænnet os til at stille stærkere og stigende krav til myndigheder om at fjerne alt, hvad der er ondt, og hvad der gør ondt. Den forventning havde fx rigtig godt tag i den patient, der skrev til mig, at han ikke ville finde sig i, at lægerne ikke kunne behandle ham.

I kølvandet på AIDS-problematikken fulgte diskussionen om patienternes ret til anonymitet og integritet. Der var diskussion om, hvorvidt en læge måtte oplyse en patient, om at dennes ægtefælle var HIV-positiv, om sundhedspersonalet måtte oplyses om smittede patienter og meget tilsvarende. Angsten for at blive påført en dødbringende sygdom var selvsagt stor.

Over for den stod ængstelsen for at stigmatisere smittebærerne. Balancen var svær. Sundhedsstyrelsen var reelt splittet i spørgsmålet. I min folketingsgruppe var flere optaget af at ophæve anonymiteten. Jeg måtte igennem mange brave diskussioner for at fastholde, at det er den enkeltes ansvar at undgå smitte. Da en smitte først kan afsløres efter tre måneder, kan selv "frifundne" være smittefarlige. Jeg fandt det vigtigt, at fastholde anonymitetsprincippet, så alle i risiko kunne lade sig teste uden at blive brændemærket. Siden er situationen blevet væsentlig afdramatiseret og principperne knapt så kantede.

AIDS-problematikken medførte også et mere nuanceret syn på risiko. Den folkelige tolerance over for smitterisiko via blodtransfusion og medicin viste sig at være lig nul. Sundhedsstyrelsen arbejder normalt med beregnede risikovurderinger, men den kom uhjælpelig til kort. Da Hepatitis C blev afsløret som en smitterisiko, om end en beskedden, rejste der sig et ramaskrig over Sundhedsstyrelsens frist til medicinalindustrien for udskiftning af usikre præparater. At patientrisikoen ved manglende levering var væsentlig mere dramatisk talte ganske enkelt ikke med. Ester Ammundsens bemærkning om det emotionelles indflydelse på sundhedspolitikken var stadig aktuel.

Stigende medicinudgifter

Et tilsyneladende evigt aktuelt emne på den sundhedspolitiske dagsorden er de evigt stigende medicinudgifter.

Min forgænger (Elsebeth Koch-Petersen) havde haft til opgave at indføre en ny regel for medicinudgifter, der bestod i, at patienterne årligt selv skulle betale de første 800 kr. af deres medicinkøb, inden de var berettiget til tilskud. Det var hverken min forgængers idé, hun havde faktisk en anden, eller hendes ønske. Det blev sandt for dyden ingen dans på roser. Alt og alle protesterede i de mest absurde former. Nogen sendte en kasse fækalier til ministerkontoret.

Det var beskæmmende at se, hvor umådelig aktivt apotekspersonalet deltog i protesten. Medierne flød over med skandalehistorier om patienter, der ikke fik den nødvendige medicin og med påstande om øget dødelighed. Sagen om egenbetaling på op til 800 kr. blev ganske enkelt tabt, og reglen blev afskaffet i min periode. Men den genopstod i forstærket udgave under Nyrup-regeringen, nu blot ironisk nok med en grænse på 3000 kr., og denne gang helt uden modoffensiv fra apotekspersonalet.

De stigende medicinudgifter generede naturligvis Finansministeriet voldsomt. På et tidspunkt under de indledende finanslovsforhandlinger havde man i Finansministeriet snedigt udtænkt den idé, at give Sundhedsministeriet et økonomisk løft til fuld og endelig dækning af medicinudgifterne. Det indebar, at Sundhedsministeriet fremover selv

skulle finansiere eventuelle stigninger i medicinudgifterne ud af egne bevillinger. Den model fristede mig på ingen måde. Der skulle ikke megen hovedregning til for at konstatere, at hvis priserne steg som tilforn, så ville vi hastigt skulle i gang med en afvikling af ministeriet. Da vi forlod Finansministeriet hørtes en irriteret embedsmandshvisken: "De er nu stride de venstreministre". Men mine bange anelser blev ikke gjort til skamme. Stigende medicinudgifter volder den til enhver tid siddende sundhedsminister hovedpine.

Krav om prioritering

Sundhedspolitikken kom i disse år til også at handle om prioritering. De mange nye behandlingsmuligheder pressede økonomien. Sundhedsøkonomer begyndte at piske og opildne politikere til at prioritere. Politikerne burde melde klart ud om hvilke patienter, der ikke skulle behandles. Det lignede til tider mest af alt et sorteper-spil efter devisen: Sig, hvem der ikke skal behandles, og vi skal komme efter dig. Jeg har svært ved at acceptere, at mennesker skal forholdes gode og nyttige behandlinger, og at moderne teknologi ikke skal afløse forældet og ineffektivt, når man iagttager, hvor hurtigt teknologiske nyskabelser udnyttes inden for snart sagt alle andre samfundsområder.

Forebyggelse og sundhedsfremme

Forebyggelse stod højt på den politiske dagsorden. En styrket forebyggende indsats var faktisk et af hovedformålene med at oprette Sundhedsministeriet. Min forgænger havde netop udsendt regeringens forebyggelsesprogram og jeg nedsatte det planlagte forebyggelsesråd. Forebyggelsestanken var imidlertid ikke lige velkommen over alt.

Alkohol- og Narkotikarådet havde eksempelvis lige løbet panden imod en mur, da jeg blev minister. Rådet havde fået forbud fra DA mod at uddele pjecer mod alkohol på arbejdspladser. Da jeg var meget optaget af at få indført en alkoholpolitik på arbejdspladserne, inviterede jeg DA- og LO-toppen til møde, men de dukkede sig og sendte nogle løjtnanter. Bedre gik det ikke, da jeg foreslog, at vi skulle vise vejen i Sundhedsministeriet og indføre en alkoholpolitik i ministeriet. Ledelsen var mildt sagt ikke meget for den idé. Men tiden var nok alligevel den rette, for lige så stille har idéen om alkoholpolitik på arbejdspladser gået sin sejrsgang, så nu har enhver arbejdsplads med respekt for sig selv og for medarbejderne en moderne alkoholpolitik. Og selv om vi stadig indtager mere alkohol her til lands end godt er, så hører drikkeri i arbejdstiden stort set fortiden til.

Forebyggelse og sundhedsfremme blev heller ikke modtaget uden forbehold af alle sundhedspersoner. Tydeligst står i min erindring den medicinske overlæge, der med eftertryk fortalte mig, at det ikke nytter noget med forebyggelse. "Mennesker får de hjertelidelser, de skal have", sagde han. Angsten for at bevillingerne skulle række til et nyt indsatsområde, skabte en vis animositet blandt sundhedspersonalet.

Blandt andre var iveren større. Allehånde personalegrupper meldte sig på banen og tilbød sig som forebyggere. Interessen for fx at lave sundhedsprofiler var stor. Det var sådan en rimelig konkret opgave, som fristede mange. Men profiltegning i sig selv flytter ikke alverden. Jeg husker, at en udenlandsk forsker engang bemærkede: "I er

så gode til at samle data i Danmark, men jeg synes ærlig talt ikke, I får så megen nytte af jeres data." Men data udgør selvfølgelig nødvendige værktøjer og forudsætninger for forebyggelsen.

I 1992 nedsatte jeg et middelevetidsudvalg. Det var nemlig en stadig kilde til forundring og ærgrelse, at den danske middelevetidsalder var stagneret i stort set 15 år. En udvikling som ikke kunne genfindes i andre vestlige lande. Udvalget skulle se på levevilkår, livsstil og sundhedsvæsnets behandlingsindsats. Det blev en spændende udredning, som DIKE ydede meget væsentlige bidrag til. DIKE, nu Statens Institut for Folkesundhed, fik en stigende betydning på det sundhedspolitiske område.

Sundhedskampagner

Sundhedskampagner hørte også tiden til. De var nyttige, for så vidt de spredte viden og skabte opmærksomhed. Men man må nok erkende, at danskerne nok mest af alt fik dårlig samvittighed over ikke at kunne leve op til formaningerne. Det var faktisk de færreste, der havde gjort sundhed til et formål med livet.

Men tiden har vist, at det giver megen god mening at følge Churchills opfordring: try, try and try again. Med Sundhedsloven fra 1992 fik kommunerne udvidet deres ansvar på sundhedsområdet, et initiativ der nu forstærkes med kommunalreformen.

Men på ét område førte oplysningskampagner til en forrygende succes, nemlig en dramatisk forbedring i forekomsten af vuggedød. På imponerende kort tid lykkedes det sundhedsplejerskerne at komme igennem med budskabet om, at meget små børn ikke må sove på maven. Jeg har altid været imponeret over hvor hurtigt og effektivt denne nye viden, der endda var uden videnskabelig evidens, blev formidlet og nyttiggjort i kraft af én enkelt faggruppe. Man kan selvfølgelig hertil føje, at det var der måske også en vis rimelighed i, da det var den samme gruppe, der havde ansvaret for at forældre overhovedet var begyndt at lejre småbørn på maven.

Erstatninger til patienter

Med til de forbedrede patientrettigheder hører også retten til erstatning, når behandlingen går galt. Der var eksempler på uheldsvangre forløb, hvor patienter blev indlagt for en banal lidelse, men måtte forlade sygehuset dybt invaliderede. Ofte var baggrunden et hædeligt uheld, og patienten var derfor ikke berettiget til erstatning, eller det var uoverkommeligt for patienten at løfte bevisbyrden. Tiden var moden til indførelse af en patientforsikring. Ganske vist fik jeg en uformel advarsel fra en nordisk kollega, der sagde noget i retning af: "Du skal regne med, at du ikke får andet end bøvl. De, der ikke får erstatning, bliver sure og klager, og de, der får, bliver sure og klager over, at de ikke får mere."

Arbejdet med loven afslørede imidlertid det problem, at den ikke omfattede medicinskader. EU-regler gjorde det umuligt at belaste industrien mere vidtgående end produktansvarsloven. Medicinindustrien lovede at indføre frivillige regler til løsning af problemet. Det løfte måtte jeg slå mig til tåls med. Men det skulle siden vise sig, at det

hverken i min eller mine efterfølgeres tid var muligt at få dette løfte indfriet. Det viste sig hver gang, at der var nogen, der ikke ville lege med.

Som minister må man leve med det vilkår, at noget lykkes, mens andet ikke kan lade sig gøre, enten fordi der ikke er økonomi eller politisk flertal for forslaget. Men at en løsning kun er halvfærdig, fordi man ikke kan finde den rette konstruktion, ærgrede mig en del. Det var svært for patienter at forstå, at man kunne opnå erstatning, hvis skaden skyldtes lægen, men ikke, når det skyldtes medicinen.

Denne ærgrelse gav jeg udtryk for over for min mand, da det uheldige forhold igen og igen blev omtalt i pressen år efter, at jeg var gået af som minister. Min mand tog udfordringen op og konstruerede en model, som tilgodeså patientens interesser, som forhindrede industrien i at tørre egne forpligtelser af på andre, og som ikke belastede statskassen, idet han kombinerede principper fra stormskadeforsikring og byggeskade-fondslovgivning. Som folketingsmedlem kunne jeg selvfølgelig bare fremsætte modellen i et beslutningsforslag. Men da enhver regering nødig ser, at oppositionsforslag bliver vedtaget, fravalgte jeg den mulighed. Jeg valgte at beskrive modellen i en artikel i tillid til, at man også læser aviser i Sundhedsministeriet. Og ganske rigtigt – efter en tid fremlagde den daværende Nyrup-regering et lovforslag vedr. medicinskader, konstrueret efter de principper, min mand havde anvist.

Jeg synes, det taler til demokratiets fordel, at man selv i så svag en politisk position som ægtefælle til en oppositionspolitiker kan få vedtaget et lovforslag. Det bekræfter endvidere det gode råd jeg fik af en ministerkollega, da jeg indtrådte i regeringen "Du skal huske, at der næsten ingen grænser er for, hvad man kan få gennemført, når bare man lader andre få æren."

Strukturreformen

Vi står nu over for realiseringen af strukturreformen. I den forudgående debat ønskede mange, at staten skulle forestå driften af sundhedsvæsenet for at sikre lige og ens vilkår for patienter overalt i landet.

Jeg må sige, at mine år som ansvarlig for Rigshospitalet for altid har vaccineret mig imod den idé. Rigshospitalet havde kronisk problemer med at overholde budgetterne, og det var uendelig svært at gennemføre besparelser. Jeg husker fx, hvordan ledelsen havde planlagt en endog meget beskedne besparelse, der bl.a. indeholdt nedlæggelse af en halv reservelægestilling på sexologisk afdeling. Det passede imidlertid ikke oppositionen. Den sprang op på stolene og protesterede vildt. Jeg tror, jeg var i samråd tre gange om denne meget beskedne besparelse, som ledelsen endte med at måtte opgive.

Dette og mange andre eksempler har gjort mig til en indædt modstander af et statsdrevet sundhedsvæsen. Ihukommende Ester Ammundsens ord, så tåler sundhedsvæsenet efter min mening ikke at blive underlagt endnu stærkere politisk og emotionel styring fra Folketingets side. Folketinget respekter ganske enkelt ikke magtens tredeling tilstrækkeligt til, at staten ville kunne forestå driften af det offentlige sundhedsvæsen på ordentlig vis.



Torben Lund

Torben Lund

Sundhedsminister (S) i perioden 25.1.1993 – 27.9.1994 under Poul Nyrup Rasmussen

Indlægget er udarbejdet og fremlagt af fhv. departementschef Jørgen F. Varder i overensstemmelse med Torben Lund.

Torben Lund indleder dette indlæg med følgende kommentar:

”Jørgen Varders velskrevne indlæg om vigtige initiativer og begivenheder i min ministertid er informativ og dækkende.

Sammen med indsatsen for at fremme forebyggelse og sundhed var igangsætningen af de tre mere langsigtede planer for nedbringelse af ventetiden for planlagte sygehusbehandling, hjerteplanen og psykiatriplanen hjørnestene i arbejdet. Ambitionerne var store. Af mange grunde skulle gennemførelsen af planerne vise sig at kræve mere tid og flere penge, end vi oprindeligt havde forudset. Borgernes forventninger var, med fremlæggelse af planerne, imidlertid skabt, og det lagde et stærkt, hensigtsmæssigt og nødvendigt pres på de politisk ansvarlige i de efterfølgende år.

En stor tak til Jørgen Varder for et godt og fortroligt samarbejde i min ministertid. Jørgen Varders loyalitet er, her 14 år efter, bekræftet ved nedenstående indlæg.”

Da Poul Nyrup Rasmussen dannede regering den 25. januar 1993, blev Torben Lund sundhedsminister. Han kom til at fungere i et år og otte måneder. Torben Lund var jurist og medlem af Folketinget. Som medlem af Folketingets sundhedsudvalg havde han været en drivende kraft i at holde de tidligere sundhedsministre og Sundhedsministeriet travlt beskæftiget. Vi kendte ham, og han kendte sit ministerområde og dets problemer særdeles godt, og han havde mange tanker og ideer om, hvad han ville udrette. Da det rygtedes, at Torben Lund skulle være den ny sundhedsminister, fik jeg fortalt, at Torben Lund havde luftet tanker om at fyre mig og medicinaldirektøren, men det skete som bekendt ikke, tværtimod fik vi et fint samarbejde.

Danmarks formandskab for EU

Det første halve år blev arbejdsmæssigt præget af Danmarks formandskab for EU. EU's sundhedsministre vedtog på rådsmødet i maj 1993 et forslag fra det danske formandskab til resolution om Det Europæiske Fællesskabs fremtidige arbejde for folkesundheden. Resolutionen fastslår, at sundhedspolitiske hensyn skal indgå ved fastlæggelse af politikken på andre fællesskabsområder, og at der er behov for et øget samarbejde mellem medlemsstaterne på sundhedsområdet. Denne resolution blev grundigt forberedt ved, at Torben Lund og jeg på nogle fornøjelige ture besøgte samtlige hovedstæder og drøftede resolutionen med de øvrige sundhedsministre.

For at gøre det internationale arbejde færdigt, kan jeg nævne, at vi etablerede et tre-årigt program for samarbejde på sundhedsområdet med Litauen. Sundhedsministeriet kørte i 1993 og 1994 i samarbejde med Rigshospitalet et hjælpeprogram, der primært rettede sig mod udsatte grupper i Bosnien. Det var bl.a. baggrunden for, at Torben

Lund på WHO's generalforsamling i maj 1993 kunne kritisere WHO's generaldirektør for organisationens indsats i Bosnien. Endelig markerede vi afslutningen på det danske EU-formandskab med en stor europæisk sundhedskonference på Rigshospitalet, hvor resultatet af en stor spørgeskemaundersøgelse blandt sundhedspersonale i seks EU-lande blev præsenteret. Der var 150 deltagere fra 15 lande.

I stikordsform vil jeg i det følgende forsøge at liste de initiativer, der blev taget i Torben Lunds ministerperiode. Udgangspunktet for den ny regering og Torben Lund var, at sundhedsudgifterne i de seneste 10 år havde været underlagt en stram rammestyring. I et baggrundsnotat fra oktober 1993 anføres, at tages der hensyn til det demografisk betingede udgiftspres, har udgifterne reelt været holdt på samme niveau siden 1980. Udgifterne til sygehusvæsenet faldt i perioden 1988 til 1992 reelt med ca. 4 % samtidig med, at der var blevet gennemført en væsentlig aktivitetsforøgelse. Så Torben Lund havde opbakning fra statsminister og finansminister til at gøre noget.

Udvikling af sygehusvæsenet

I 1993 trådte det frie sygehusvalg i kraft. Det frie sygehusvalg blev bl.a. indført af hensyn til patienter, hvis nærmeste sygehus ligger i et andet amt, og til patienter, som ønsker at blive indlagt på et sygehus tæt på de nærmeste pårørende.

Regering og amter aftalte i februar 1993 en fælles målsætning om, at ventetiden skulle ned på højst 3 måneder inden udgangen af 1995. Amterne fik i forbindelse med aftalen 350 mio. kr. til opgaven i 1993. Ved kommuneforhandlingerne i 1993 fik amterne yderligere 500 mio. kr. i 1994 til opfølgning af ventetidsaftalen. Beløbet skulle også dække, at den hjertekirurgiske kapacitet skulle mere end fordobles inden udgangen af 1995.

Ved kommuneforhandlingerne i 1994 blev der ikke kun drøftet økonomi, men der blev indgået en 4-årig rammeaftale om udviklingen af sygehusvæsenet i perioden 1995 – 1998. 4-års aftalen omhandlede ikke kun flere operationer og mere udstyr. Ud over fastlæggelse af servicemål for patienternes gang gennem sygehuset, er der i aftalen enighed om at gennemføre en lang række foranstaltninger med det samlede mål, at den enkelte patient og borger oplever undersøgelse, behandling, pleje og genoptræning som et sammenhængende og veltilrettelagt forløb uden unødigt ventetid.

Rapporten fra Sundhedsministeriets udvalg vedrørende sygehusvæsenets økonomi, der blev afgivet i april 1994 med 23 konkrete forslag til forbedring af sygehusenes kapacitet og service, dannede bl.a. udgangspunkt for 4-års aftalen.

Jeg vil her godt nævne, at sygehuskommunerne i forbindelse med kommuneaftalerne fik de ekstra penge til kapacitetsudvidelse som generelle tilskud, idet der stadig var en forventning om, at sygehuskommunerne kunne og ville levere den aftalte ydelse. Men som jeg også nævnte i Agnete Laustsens tale, var sygehuskommunerne ikke i stand til at forbedre ledelse og arbejdstilrettelæggelse i nødvendigt omfang. Så den stadig stærkere statslige styring vi har set i de senere år, er sygehuskommunerne delvist selv skyld i.

Mellem regeringen og Københavns og Frederiksberg kommuner blev det også aftalt, at der fra 1. januar 1995 skulle ske en samling af sygehusene i de to kommuner og Rigshospitalet i Hovedstadens Sygehusfællesskab. Vi ville gerne have kaldt det sygehusselskab for at understrege, at dette store foretagende skulle drives efter andre principper end de eksisterende sygehusvæsen, men Københavns kommune var bekymret for, at politikerne skulle miste indflydelse, og kommunen insisterede på ordet 'fællesskab' i stedet for 'selskab'. Staten mistede dermed dansk sygehusvæsenes flagskib, men Sundhedsministeriet fik 6 pladser i den 15 mands store bestyrelse og var på den måde sikret en fortsat stærk involvering i driften af sygehusvæsenet.

Samarbejde om sundhed 1994-97

Den 1. januar 1994 trådte de nye lovbestemmelser for samarbejde og planlægning på sundhedsområdet i kraft. Sundhedsministeren udsendte i januar 1994 en redegørelse og en vejledning for samarbejdet og planlægningen på sundhedsområdet samt tre temaoplæg.

Det blev fremhævet, at de nye samarbejds- og planlægningsbestemmelser ikke var en genoplivning af de tidligere planlægningssystemer på fx sygehusområdet, men skulle ses som redskab for de enkelte amtskommuner og kommuner i deres arbejde og samarbejde. Vi betragtede dialogen og processen som vigtige led i løsningen af opgaverne på sundhedsområdet.

Formålet med de nye bestemmelser var, at:

- styrke samarbejdet inden for sundhedsområdet
- styrke den forebyggende og sundhedsfremmende indsats
- styrke kvalitetsudviklingen.

Sundhedsministeren havde sammen med socialministeren og de kommunale parter udpeget tre særlige temaer for amternes og kommunernes samarbejde i perioden 1994 – 97 om:

- alkoholmisbrug – forebyggelse og behandling
- genoptræning og de dermed forbundne pleje- og omsorgsopgaver
- betjening af borgere med pludseligt opståede behov for behandling og pleje.

Bedre forhold for de sindslidende

Det var et område, der lå Torben Lund meget på sinde. Inden for psykiatrien var der sket en omstilling fra sygehusindlæggelse til distriktskykiatri og ambulant behandling. Vi måtte imidlertid erkende, at nogle af de svageste sindslidende ikke havde haft tilstrækkelig gavn af denne omstilling.

Regeringen fremlagde derfor i oktober 1993 i samarbejde med de kommunale parter en plan for en fremskyndet udbygning af distriktskykiatrien og de sociale tilbud til de sindslidende. Dette indebar, at:

- distriktskykiatrien skulle styrkes og være landsdækkende
- der skulle i 1994 oprettes nye 100-125 botilbud til de vanskeligst stillede sindslidende

- der skulle i 1994 oprettes 700 botilbud i bofællesskaber m.v.
- antallet af væresteder, uddannelsesaktiviteter og beskæftigelsestilbud skulle forøges.

Omsorgstandpleje

Personer med nedsat førlighed eller med vidtgående fysisk eller psykisk handicap kunne ikke udnytte det eksisterende tilbud om tandpleje. Regeringen fremsatte derfor et lovforslag, som fra 1. juli 1994 sikrede denne gruppe et fornuftigt tandplejetilbud.

Kommunerne fik pligt til at tilbyde en tandpleje, som denne gruppe var i stand til at modtage. Der skulle være mulighed for at vælge mellem offentlig klinik og privat praksis.

Lægemidler og apoteker

Tilskudsordningen til lægemidler blev omlagt fra sommeren 1993. Formålet var at motivere lægerne til at ordinere det billigste af flere ligeværdige lægemidler med henblik på at reducere både patienternes egenbetaling og amternes udgifter til medicintilskud. Den nye tilskudsordning indebar, at tilskuddet blev givet som et fast kronetilskud, som blev beregnet på grundlag af prisen på de to billigste præparater i grupper af ligeværdige lægemidler.

Sundhedsministeren aftalte med lægemiddelindustrien et prisloft på lægemidler frem til 1. april 1995. Aftalen indebar, at prisen på receptpligtige og tilskudsberettigede lægemidler ikke kunne sættes op over den pris, der var gældende den 3. januar 1994. Det lød jo som en fin aftale, men vi vidste alle, at de stigende medicinudgifter skyldtes de meget høje priser på nye lægemidler, der kun havde en marginal om overhovedet nogen forbedret effekt end de eksisterende. Torben Lund og jeg havde et møde med Jan Leschly, der meget stolt fortalte, at han i The White House havde indgået en tilsvarende aftale for det amerikanske marked. Men han tog os det ilde op, da vi fortalte ham, at vi godt var klar over, at det reelle problem var priserne på nye lægemidler.

Kravene til lægemiddelreklamer blev skærpet. Der blev sat en stopper for, at medicinalvirksomheder forsøgte at påvirke en læge til at ordinere et bestemt lægemiddelmærke ved at give lægen gaver eller bonus.

Forebyggelse og sundhedsfremme

Middellevetidsudvalget

Da det altid har været galt med danskernes middellevetid, var der et vist pres på Sundhedsministeriet for at kulegrave problemet. Middellevetidsudvalget blev derfor nedsat af Ester Larsen. Udvalget afgav delrapport i april 1993 og den afsluttende rapport i 12 bind i marts 1994.

Middellevetidsudvalgets undersøgelser understregede:

- Nødvendigheden af, at der fortsat skulle sættes ind over for de store sygdomsgrupper kræft og hjerte-karsygdomme. Tobak og alkohol er de alvorligste skadevoldere.
- Nødvendigheden af, at der i langt højere grad skulle ses på de levevilkår, som samfundet tilbyder, og som kan sætte grænser for den enkeltes muligheder for at leve sundt. Det gælder konsekvenserne af arbejdsløshed, arbejdsmiljøet og det ændrede familiemønster, hvor flere lever alene og derfor ofte har et spinkelt socialt netværk.
- Nødvendigheden af en målretning af det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde. Det krævede en styrkelse af indsatsen på tværs af sektorerne.

I forbindelse med offentliggørelsen fremlagde Sundhedsministeriet en række nye initiativer. Desuden blev rapporten sendt til alle relevante ministerier med henblik på, at regeringens samlede indsats kunne præsenteres i regeringens næste forebyggelsespolitiske redegørelse til Folketinget.

Sundhedsordninger for børn

Sundhedsministeren tog initiativ til at gennemgå og vurdere de daværende sundhedsordninger for børn og unge, og Sundhedsministeriet holdt en konference om "Fremtidens sundhedsordninger for børn" i februar 1994.

Forebyggelse af muskel- og skeletsygdomme

Sundhedsministeriet tog initiativ til en forstærket indsats over for muskel- og skeletsygdomme, omfattende bl.a. gigt og ryglidelser. I oktober 1993 udsendtes en handlingsplan for forebyggelse af muskel- og skeletsygdomme til kommuner, amter m.v.

AIDS-oplysning

Sundhedsministeriet bevilgede 26,3 mio. kr. i 1993 og 27,0 mio. kr. i 1994 til AIDS-oplysning. Herudover blev givet til den indsats, der udførtes af frivillige organisationer.

Tilskud til sundhedsfremmende og forebyggende projekter

Sundhedsministeriet gav fra sundhedspuljen i 1993 9,9 mio. kr. til projekter vedrørende sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse. Beløbet blev i 1994 forøget med ekstra 13 mio. kr. til i alt 22,9 mio. kr. De ekstra midler skulle bl.a. bruges til opfølgning af regeringens handlingsplaner for forebyggelse af astma og allergi og af muskel- og skeletsygdomme.

Bekæmpelse af alkoholmisbrug

Sundhedsministeriet bevilgede 35,0 mio. kr. i 1993 og 35,8 mio. kr. i 1994 til bekæmpelse af alkoholmisbrug. Ca. 1/3 blev tildelt alkoholmisbrugsbekæmpende foreninger og ca. 2/3 til bekæmpelse af alkoholmisbrug generelt.

Indsatsen og samarbejdet mod alkoholmisbrug blev styrket efter, at Folketinget i februar 1994 vedtog sundhedsministerens lovforslag om foranstaltninger mod alkohol-

misbrug. Loven indebar, at der hvert år på finansloven skulle afsættes en særskilt bevilling på mindst 31,5 mio. kr. til alkoholmisbrugsbekæmpende formål. Endvidere at der blev nedsat et alkoholpolitisk kontaktudvalg med repræsentanter fra Folketinget, de kommunale parter og de alkoholmisbrugsbekæmpende organisationer.

Styrkelse af forebyggelsen

På baggrund af middellevetidsudvalgets delrapport i april 1993 nedsatte sundhedsministeren et ministerudvalg, som skulle sikre en mere målrettet indsats for at forbedre udsatte gruppers levevilkår og dermed disses sundhedstilstand. Udvalget var sammensat af arbejdsministeren, boligministeren, miljøministeren, socialministeren, undervisningsministeren og sundhedsministeren som formand.

Forebyggelse af astma og allergi

Sundhedsministeren udsendte i juni 1993 sammen med otte andre ministre en handlingsplan for bedre forebyggelse af astma og allergi til amter, kommuner m.v. I tilknytning hertil afholdt Sundhedsministeriet i samarbejde med Astma-Allergiforbundet, Socialministeriet og Sundhedsstyrelsen en konference om den praktiske forebyggelse i kommunalt regi af astma og allergi.

Fødevarerområdet

På dette område var der i forbindelse med forhandlinger om EU-direktiver godt gang i debatten om tilsætningsstoffer og farvestoffer i levnedsmidler. Danmark indtog som bekendt den interessante holdning, at vi var imod enhver form for tilsætningsstoffer og farvestoffer i levnedsmidler bortset fra de områder, hvor vi selv brugte dem. Eksporten af fetaost skulle reddes ved at tilsætte blå farvestof til komælken for at gøre osten hvid, baconeksporten nødvendiggjorde tilsætning af nitrit, og det var helt nødvendigt at redde de røde hotdogpølser.

På baggrund af en kraftig stigning i antallet af salmonellainfektioner i første halvdel af 1993 iværksatte Sundhedsministeriet en række initiativer for at sikre forbrugernes sundhed. Initiativerne omfattede bl.a.:

- skærpet kødkontrol af de lokale levnedsmiddelkontrolenheder
- bedre samarbejde om eftersporing af smitekilder
- informationsindsats over for slagterforretninger og forbrugere.

Både i denne sag og i andre fødevarsager var der problemer i samarbejdet mellem Sundhedsministeriet og Landbrugsministeriet, idet forbrugerinteresser og producentinteresser ikke altid var sammenfaldende. Det gav anledning til mæglingssmøder hos statsministeren, men her måtte vi idealister sande, at landbrugets interesser vejede tungere.

Privathospitaler

Jeg vil godt her til sidst nævne to sager af ideologisk karakter, idet debatten for og imod private sygehuse kørte i denne periode. Torben Lund var af ideologiske og praktiske grunde imod private sygehuse. Min egen holdning var både i Frederiksborg amt, i

Sundhedsministeriet og specielt i Verdensbanken præget af, at lande, hvor de private sygehuse var dominerende, havde væsentlig højere sundhedsudgifter end andre lande.

Den første sag var i Sønderjyllands amtskommune, hvor amtsborgmester Kresten Philipsen forsøgte at etablere en afdeling på Aabenraa sygehus for tyske patienter mod betaling. Da de i Sønderjylland havde ventelister, skulle behandlingen ske på bekostning af danske patienter. Med sygehusloven i hånden stoppede Sundhedsministeriet dette initiativ.

I den anden sag ville en socialdemokratisk borgmester i Holmegaards kommune lade kommunen betale for sygehusbehandling for kommunalt ansatte og andre på sygedagpenge. Tilsynsrådet for Storstrøms amt stemplede ordningen som klart ulovlig, men Indenrigsministeriets holdning var mere valen, da kommunen ankede afgørelsen. Sundhedsministeriet fastholdt over for Indenrigsministeriet ordningens ulovlighed, men først efter et mæglingssmøde hos statsministeren mellem Torben Lund og Birte Weiss blev ordningen kendt ulovlig.

Afslutning

Ovennævnte har forhåbentlig givet et indtryk af, at det i Torben Lunds ministertid var nemmere for Sundhedsministeriet at få bevilget penge i Finansministeriet både til sundhedsvæsenet, men også til de mange puljer på forebyggelsesområdet. Det gjorde det lidt nemmere at motivere organisationer m.v. til et samarbejde, når man kunne love tilførsel af økonomiske ressourcer.

Jeg er klar over, at både dette indlæg og mit indlæg i formiddags har været lidt kedelige og alt for saglige, men for mig har det været lidt sjovt at genopfriske, hvad det egentlig var, vi havde så travlt med dengang. Og efter mere end 30 års arbejde i sundhedssektoren bestyrkede det mig kun i min tidligere opfattelse, at de samme problemer i sundhedsvæsenet bliver ved med at være problemer uanset vore bestræbelser på at løse dem.



Carsten Koch

Sundhedsminister (S) i perioden 23.3.1998 – 23.2.2000 under Poul Nyrup Rasmussen

En forventningsfuld økonom får realiteterne at føle

I Søren Mørchs bog Den sidste Danmarkshistorie skriver han: "Minister, det bliver man, når telefonen ringer og der i den anden ende af røret er én, der siger: "Goddag, det er Poul". Så kan det være Hartling, Schlüter eller Nyrup." Sådan blev jeg sundhedsminister, og det var jeg fra midten af marts 1998 frem til d. 23. februar 2000. Søren Mørch fortæller ikke, hvordan man så holder op som minister. For mit vedkommende skete det på helt samme måde!

Uden forudsætninger

Jeg kom ind i jobbet helt uden sundhedspolitiske eller sundhedsfaglige forudsætninger. Så jeg vil starte med at takke departementet og styrelsen med Ib (Valsborg) i spidsen for en meget, meget stor hjælp i begyndelsen, ja faktisk i hele min ministerperiode. Uden denne kompetente og meget tålmodige oplæring af en nybegynder, var det slet ikke gået. Jeg vil også benytte lejligheden til at takke alle de mange engagerede, samvittighedsfulde og dygtige medarbejdere i den danske sundhedssektor. Mange havde jeg lejlighed til at møde, når jeg var rundt i landet eller til møder i ministeriet. At være sammen med alle disse fagpersoner og lære af dem, hører til mine bedste minder fra ministertiden.

I stikordsform var status i sektoren, da jeg tiltrådte:

- Meget bøvl og politisk støj i forbindelse med specielt sygehusene: ventelister på de planlagte operationer og ventende patienter på gangene på de medicinske afdelinger.
- Stigende medicinudgifter.
- Elendig middellevetid.
- Stor diskussion om, hvorvidt vi bruger tilstrækkelige midler på sundhedssektoren.

Effektivisering af sygehussektoren

Det lå i kortene, at min indsats først og fremmest skulle bestå i at få vendt udviklingen i forhold til ventelisterne, både de elektive og dem, der bestod i overbelægningen på de medicinske afsnit. Som bekendt er der, og var der, en række andre store og væsentlige emner at behandle som sundhedsminister. Emner, som også interesserede mig meget, men med den begrænsede tid, jeg her har til rådighed, må jeg koncentrere mig om nogle få hovedtemaer.

Som økonom uden forudgående særlig indsigt i sektoren var jeg først og fremmest interesseret i at få effektiviseret sygehussektoren. Det var det mest oplagte for en økonom. Og når en økonom siger effektivisering, mener han/hun bedre og mere hensigtsmæssig anvendelse af ressourcerne, mens ikke-økonomer altid opfatter effektivi-

sering som mere intensiv udnyttelse af ressourcerne. Altså at alle skal løbe stærkere. Man kan også sige det på udenlandsk: Økonomen siger work smarter - not harder, mens den almindelige opfattelse er: work harder and harder. Nu vil de have os til at løbe endnu hurtigere.

Så et vigtigt emne var også at få kommunikeret budskabet på den rette måde.

Midlet til effektivisering var efter min og langt de fleste økonomers opfattelse: mere udstrakt brug af incitamenter. Og når en økonom siger incitamenter, er det langt fra kun en simpel bonusordning eller produktivitsfremmende lønsystemer, han/hun tænker på. Det er alle former for anerkendelse eller belønning, personalet får, når der sker forbedringer på afdelingen til gavn for patienterne og patientflowet. Lige fra flere midler til efteruddannelse eller flere midler til forbedring af forholdene på afdelingen til simple bonustilskrivninger.

Moderne sygehusdrift med rækker af indbyrdes sammenhængende komplicerede arbejdsprocesser kan ikke basere sig på det samaritanske princip alene, selvom en del læger mener, at dette princip er ufravigeligt og tilstrækkeligt. Det er en lang diskussion, som ikke skal tages her. Der skal – og skulle – efter min mening også hardcore økonomi oveni.

Hvor var incitamentene til, at en overlæge lægger al sin energi ind på at få afdelingens patientflow til at være det centrale frem for blot at trække sig tilbage til sit kontor og skrive forskningsrapporter og powerpoint shows til præsentation på næste kongres? Hvor var incitamentene til at udnytte stordriftsfordelene ved at samle de komplicerede behandlinger, så erfaring og ekspertise udnyttes bedst muligt som i fx funktionsbærende enheder? Osv. Osv. Sådanne tanker havde først og fremmest meget ringe forståelse hos sygehusejerne. Men også Finansministeriet havde reservationer. Sjovt nok, begge parter havde reservationer, selvom det var med diametralt modsatrettede begrundelser. Finansministeriet var bange for, at det ville underminere den stramme budgetstyring og medføre udgiftsglidninger, mens amterne mente, (i det omfang de havde en mening, der ikke bare bestod i modstand mod ethvert forsøg på at blande sig i deres sygehusdrift) at det var en særlig form for centralistiske, københavnske besparelser og kontrol.

Der var hård modstand fra amterne, men jeg fik dog ved finanslovsforhandlingerne for 2000 gennemført, at en tiendedel af amternes sygehusudgifter skulle være aktivitetsbaserede. Det var min plan, at starte med en tiendedel. Senere skulle for hvert år lægges yderligere en tiendedel til. Om det overhovedet fik effekt i 2000 ved jeg ikke, da jeg forlod branchen et par måneder inde i året, og ingen af mine umiddelbare efterfølgere har så vidt vides fundet anledning til at følge linjen.

Så her fik jeg kærligheden at føle.

Sammenlægninger af sygehuse

Der var heller ikke megen succes på et andet projekt, som en økonom ville opfatte som rigtig spændende og nyttigt, og det var sammenlægningen af H:S og sygehusene i Københavns Amt. Set i et internationalt perspektiv var der ikke megen ræson i at have to små adskilte sundhedsvæsen liggende klods op ad hinanden. En oplagt fusionsopgave.

Men også her fik jeg realiteterne at føle: Projektet var overordnet godt nok, men timingen var langt fra optimal. H:S havde i årene forud været ude i omfattende strukturlægninger og var ikke helt oppegående, eller oven senge, som det hedder og Københavns Amt var lodret imod. Vibeke Storm (Rasmussen) var ikke til sinds at løbe den risiko at stå med et ikke-fungerende sundhedsvæsen i 2001, hvor der var kommunalvalg, selvom hun ikke udtrykte det på den måde. Det var hårde odds, så projektet blev droppet. Jeg har i mit efterfølgende job foretaget en større fusion, et antal små og et par outsourcinger, og selvom jeg ikke kan sige, hvor meget erfaringerne fra H:S KAS-forløbet har betydet, så er jeg dog blevet bekræftet i betydningen af især to forhold ved så betydelige omstruktureringer, og det er vigtigheden af håndtering af personalekulturforskelle og timing. Altså endnu et økonomiprojekt, der ikke lykkedes – dengang!

Liberalisering af apotekervæsenet

Bedre gik det heller ikke med det næste økonomiprojekt: Liberalisering af apotekervæsenet. Her var formålet at få sænket medicinudgifterne. Jeg var meget inspireret af liberaliseringerne i Norge og i Island, som jeg havde lejlighed til at besøge selv. Apotekersektoren i Danmark kan i realiteten karakteriseres som statsmonopolistisk kapitalisme og det er ikke det, der giver størst effektivitet og de laveste priser, og det anså jeg som en udfordring. Her var mine modstandere ikke amterne, men ingen ringere end Danmarks Apotekerforenings bestyrelse – og sikkert alle medlemmerne og mange flere. Det blev ved samme finanslovsforhandlinger vedtaget, at der skulle sættes et udvalgsarbejde i gang med henblik på en liberalisering af området. Men arbejdet blev aldrig fuldført og det endte med en beskeden liberalisering af håndkøbsmedicinområdet, som Sonja (Mikkelsen) fik gennemført.

Betainterferon-sagen

Mens vi samler på økonomens nederlag, kan mange vist huske betainterferon-sagen. Visse undersøgelser havde vist en særdeles svag indikation på en effekt af betainterferon ved behandling af sclerose i den sekundære eller attakvise fase. Da indikationen var meget svag, var jeg af den opfattelse, og her var jeg for en gangs skyld enig med amterne, at det ikke var tilstrækkeligt til at berettiggel ibrugtagning af denne behandlingsform. Vi burde afvente flere undersøgelser.

Her stødte vores håbefulde økonom imidlertid ind i en anden mur, nemlig chefen selv. En telefonopringning var nok. Så enden på den sag blev, at der blev afsat midler og behandlingen påbegyndt nogen tid efter.

Forebyggelse

Vi er nu oppe på tre nederlag på de traditionelle sundhedsområder. Så må det nok gå bedre på det forebyggende område. Der blev udarbejdet og igangsat et folkesundhedsprogram med indsatsen mod rygning som en væsentlig ingrediens. Vanen tro var der ikke ret mange midler bundet i halen på forebyggelse, men sådan er det. Her var der også modstandere. Folketingsmedlemmer, der åbenlyst stod og røg inde under halvtaget i salen. Mine egne kernevælgere jublede ikke. Den socialdemokratiske folketingsgruppe emmede heller ikke af begejstring, og en alliance mellem folket og en række borgerlige intellektuelle, der forfægtede den enkeltes frie ret til at ryge, så dagens lys. Jeg husker flere diskussioner med disse røgttere af den personlige frihed, der ikke havde noget imod at påføre andre passivrygningens velsignelser. Denne alliance af borgerlige intellektuelle og folket genopstod i øvrigt for nogle måneder siden under Muhammedkrisen. Her var det bare ikke rygefriheden, der var emnet, men ytringsfriheden. Der var med andre ord ikke den store forståelse for rygepolitikken uden for sundhedssektoren. Sagen blev dog sat højt på dagsordenen.

Var der slet ikke noget, der lykkedes i min ministertid?

Jo. Jeg fik gang i Kræftplanen, som et af de mere traditionelle udgiftskrævende tiltag. Og medicintilskudsreformen, hvor omlægningen af medicintilskuddet blev flyttet fra almindelige tilskud til forbrugsafhængige tilskud til fordel for dem med de store medicinudgifter. Her vil jeg nævne Lægemedelstyrelsen, der forestod hele den IT-mæssige implementering af systemet – en meget, meget krævende opgave – som blev løst til ug. Man hører jo kun om de fejlslagne IT-projekter i staten, men aldrig om succeserne. Her er én af dem.

Når jeg nu har lejlighed til at gøre status, kunne jeg godt komme til en nedslående konklusion. Det er der imidlertid ikke grund til, for set i bakspejlet flere år efter er flere af de dengang kuldsejlede projekter på forunderlig vis alligevel blevet til realiteter: Der er kommet flere incitamenter i sygehusdriften. 'Løkkeposen' er et godt eksempel, og presset på ventelisterne er taget af som følge af amternes udsigt til at skulle betale til privathospitaler for behandling af de patienter, der ikke bliver behandlet inden for de maksimale ventetider (et gedigent incitament til ventetidsreduktion).

Som en følge af strukturreformen, er der blevet langt større muligheder for at realisere de funktionsbærende enheder, og fusionen mellem H:S og KAS er en realitet.

Rygepolitikken synes jeg bevæger sig, om end langsomt, i den rigtige retning.

Så min konklusion er: Ting tager tid også – eller måske ikke mindst - i sundhedssektoren. Med den korte funktionsperiode, sundhedsministre har herhjemme, må man være forberedt på, at man sjældent når at høste frugterne af indsatserne. Det må bare aldrig få en til at slække på ambitionerne om at tænke og handle langsigtet.



Sonja Mikkelsen

Sundhedsminister i perioden 23.2.2000 – 21.12.2000 under Poul Nyrup Rasmussen

Må jeg til indledning takke Statens Institut for Folkesundhed med Finn Kamper-Jørgensen i spidsen for indbydelsen til denne interessante dag, hvor vi fejrer både instituttet og direktøren. Da jeg fik den første henvendelse, tænkte jeg, at det var et spændende initiativ, som jeg ville se frem til at deltage i.

Første gang jeg husker instituttet var i begyndelsen af 80'erne, da jeg var nyvalgt medlem af Folketinget, og hvor konsekvenserne af Cheminova blev rullet op. Da hed instituttet DIKE og havde lavet en undersøgelse af dødeligheden i nærområdet til virksomheden. Som jeg husker det, indikerede jeres undersøgelse en overdødelighed i Thyborøn, som gav mig, som medlem af Folketingets miljøudvalg, anledning til at spørge nærmere ind til resultatet i bekymring for udviklingen af forureningen i området. For dem, der ikke ved det, så er jeg født og opvokset i Sydthy – og når vinden var i sydvestlig retning, så krøb stanken fra Cheminova ind over Bedsted og satte sig i vasketøjet på tørresnoen. Vi spiste masser af fisk, også fanget i Nissum Bredning, så den eneste gang, jeg kan huske at have været enig med Heiselberg, én af de gamle hanelefanter fra Trafikudvalget, det var, da vi blev enige om, at vi ikke havde taget skade af at spise fisk fanget i området igennem mange år. Jeg i maksimal 19 år – Heiselberg i vel nok 50 år! Siden har instituttet været en væsentlig kilde for mig til viden om sundhedstilstanden i Danmark.

Efterhånden som vi har nærmet os i dag, er det gået op for mig, at det ikke er nogen enkelt opgave at viderebringe erindringer fra år 2000, hvor jeg havde fornøjelsen af at sidde i ministerkontoret i Holbergsgade.

Fra trafikminister til sundhedsminister

Lad mig starte med at sætte scenen, som jeg oplevede det: En meget sen aften – nærmere nat - i februar 2000 ringede telefonen. Det var Poul Nyrup Rasmussen. Dagen efter besøgte jeg Dronningen sammen med en række kolleger for derefter at tage afsked med medarbejderne i Trafikministeriet. Det var en driftsopgave, der indebar ansvaret for ca. 60.000 medarbejdere, som jeg måtte overdrage til min efterfølger. Samtidig overtog jeg en ny, noget mindre forretning, hvor der skulle føres politik via holdninger, klagesystemer, love og aftaler, fordi driften lå hos andre, primært i amterne.

Til min store overraskelse var det ikke kun i Trafikministeriet, der var dygtige medarbejdere at samarbejde med. Det gik hurtigt op for mig, at det var der sandelig også i Sundhedsministeriet.

Mine erindringer fra min ministertid vil koncentrere sig om følgende temaer:

- Folkehøringer og den medicinske patient
- Reformen af uddannelsen af speciallæger
- Prisstoppet på medicin

- Apotekerloven
- Rygeforbudet i skolerne
- Folkesundhed og forebyggelse

Kræfthandlingsplanen

I sygehusvæsenet var det primære tema de lange ventelister, selvom der var investeret en hel del i hjerteplanen med god effekt. Det første jeg lancerede, var den næste plan: Kræfthandlingsplanen, der skulle resultere i bedre og hurtigere behandling af kræftpatienter. Planen var ikke mit initiativ, men sådan arver man jo fra hinanden i et ministerium, hvor det er de færreste, der har haft flere år i stolen. Kræfthandlingsplanen skulle spredes ud i landet, så alle med interesse for kræftbehandlingen og forebyggelsen fik mulighed for at debattere den.

Folkehøringerne

Det samme forår lancerede regeringen folkehøringerne, som en række ministre blev involveret i sammen med statsministeren. Det var bl.a. Sundhedsministeren, Socialministeren, og Fødevareministeren, der blev udskrevet til på en organiseret måde at lytte til folket. Jeg kom således meget rundt i landet. Jeg besøgte sygehusene i alle amterne for primært at lytte til brugerne i sundheds- og sygehusvæsenet, og her var det ikke ventelisterne, der var øverst på dagsordenen. Det var vilkårene for de kronisk syge, den ældre medicinske patient, rehabilitering, genoptræning, fejlbehandling og terminalpleje, der var temaerne. Jeg lærte mange nye begreber på det roadshow, men fik også gode kontakter til sundhedspolitikere landet over og repræsentanter fra interesseorganisationerne indenfor sundhedsområdet.

Den medicinske patient og manglen på genoptræning

Noget der chokerede mig var at mange ældre fik brug for sygehuset alene fordi, de ikke fik nok væske eller fordi de fik forkert medicin – altså omsorgssvigt fra deres nærmeste eller fra den kommunale plejesektor. Noget andet var sjusket eller mangelfuld genoptræning, hvor alt for mange oplevede, at de ikke fik tilstrækkelig genoptræning til at komme tilbage på fuld kraft efter endt behandling. Især er kræftpatienterne og andre med livstruende sygdomme udsatte for ikke at komme sig helt, ikke mindst psykisk.

Jeg har bemærket, at både Fogh-regeringerne og medierne fortsat har øjnene rettet imod ventelisterne og mindre imod den kroniske eller ældre medicinske patient. Der er penge i afvikling af ventelisterne for amterne, mens kommunerne mangler ressourcer til en fornuftig ældrepleje.

I amtsaftalen fra juni 2000 fik jeg med, at amterne fremover skulle forpligtes til at udarbejde genoptræningsplaner før udskrivning for alle patienter og efterfølgende være forpligtet til at følge dem. Desværre havde socialministeren og kommunerne ikke dengang den samme opfattelse af behovet i forhold til vedligeholdelsestræningen, som vi dengang fik fastlagt var kommunernes ansvar. I praksis er jeg nu ikke imponeret af,

hvordan aftalen med amterne og den efterfølgende lov bliver fulgt, fx fysioterapeut to gange om ugen efter en stivgørende rygoperation.

Uddannelsen af speciallæger

Kommissionen, der arbejdede med at effektivisere speciallægernes uddannelse, blev færdig, mens jeg var sundhedsminister. Filosofien var, at enhver behandling samtidig skulle bruges som grundlag for undervisning af kommende speciallæger. Metoden var at samle alle sygehuse under tre uddannelsesråd kombineret med opstilling af mål og indhold. Det skal nævnes, at kommunikation blev et obligatorisk fag. For at sikre at alle sygehuse og specialer også kunne få kvalificerede læger, blev det foreslået fra kommissionen, at der skulle etableres kvoter for kapaciteten, så de yngre læger blev tvunget til at acceptere, at de skulle modtage undervisning på de mindre sygehuse, der også typisk er placeret i de tyndere befolkede områder. Det var de yngre lægers organisation meget fortørnet over, men omvendt havde de ikke lige en løsning på opgaven, der sikrede, at der også var gode læger udenfor universitetshospitalerne og indenfor de ikke helt så interessante specialer. Jeg nåede at invitere til en dialog, men dialogen blev overdraget til min efterfølger, og jeg må indrømme, at jeg ikke er helt ajour med, hvad der egentlig kom ud af det. Men antallet af regioner, når nu regionerne først og fremmest skal drive sygehuse, skulle måske have været tre i stedet for fem.

Forskning har altid haft min store interesse, og jeg har siddet i Folketingets forskningsudvalg i alle de år, jeg sad som medlem. Jeg har også beklædt opgaven som forskningsordfører, men der er én ting, jeg fortsat ikke fatter, og det er, hvorfor man skal være forskningsuddannet med ph.d. eller disputats for at være en dygtig lægelig håndværker. Hvis alle akademikere i alle andre fag skal forsynes med en forskeruddannelse, så bliver det unægtelig dyrt. Det må være tilstrækkeligt, at man kan læse og anvende forskningsresultaterne til gavn for patienterne og så lade de dygtigste stå for udviklingen i faget og i den sammenhæng skabe fair konkurrence om alle forskningsmidler, sådan som det nu endelig ser ud til at blive en realitet.

I øvrigt havde jeg en fin kontakt med organisationerne indenfor sundhedsområdet.

Prisstop på medicin

Noget amterne havde stor opmærksomhed over for, var medicinprisernes himmelflugt, kombineret med den fantastiske ordning med at folk skulle betale fuld pris for deres medicin fra en bestemt dato med stigende støtte efterfølgende. Dette vakte bestemt ikke begejstring - og slet ikke i kombination med de stigende priser, især på særlige medicintyper. Det blev også et tema i dialogen med brugerne af sundhedssystemet. Priserne i Danmark var for høje og noget måtte gøres. Ved at lave et stalinistisk, detaljeret oplæg til indgreb, lykkedes det at få Venstre til at foreslå et mere enkelt, midlertidigt indgreb, som gav tid til at finde en ny model. Desværre blev den efterfølgende model lidt mere slap, end jeg havde forestillet mig, men toppen blev trods alt taget af prisstigningerne.

Indgrebet kom overraskende, og var for Lægemiddelstyrelsen, og ikke mindst IT-folkene, en udfordring for at få systemet tilpasset lynhurtigt. De sagde først, at det

ville tage mange dage, men med den politiske mulighed i udsigt, så klarede de det over night. Og det virkede. Nu har vi så det behovsafhængige system, hvor tilskuddets størrelse afhænger af medicinbehovet for den enkelte. Jeg kan ikke umiddelbart vurdere, om det er den bedste model, men vi kan glæde os over, at danskerne generelt ikke overforbruger medicin.

Apotekerloven

Kapitalisme og sundhed og behandling af syge, hænger det sammen? Er det rimeligt at kapitalejerne både skal tjene penge på at producere og på at drive hospitaler og sælge medicin, og således gøre sig hovedrige på at mennesker bliver syge og har brug for behandling og medicin i denne verden? Eller er der en anden vej?

Min forgænger (Carsten Koch) havde i en politisk aftale forpligtet regeringen til at liberalisere apotekervæsenet. I praksis betød det, at kapitalinteresser skulle vinde indpas på markedet for salg af medicin. Kapitalisme skulle ind og den offentlige regulering fjernes eller reduceres. Heldigvis var det muligt at finde en anden vej, da det gik op for ikke alene mine egne partifæller, men også for de borgerlige partier, inkl. i dette tilfælde de radikale, at det ville betyde, at gamle Maren i kæret ville få ikke bare 10 km til nærmeste apotek, men snarere 50, måske 100 km, fordi en kapitalistisk model ville betyde mange flere medicinudsalgssteder i byerne og mange færre i de tyndere befolkede områder. Det lykkedes at få skabt et godt beslutningsgrundlag, hvor ministeriet havde beskrevet alle konsekvenser af de forskellige modeller, og at få et bredt forlig fra SF over regeringspartierne, Kristelig Folkeparti, CD, de Konservative og til det liberale parti Venstre.

Rygeforbudet i skolerne

En sag, min forgænger satte fuldt tryk på, var rygepolitikken. Dermed havde han skabt basis for, at vi i det mindste kunne få stoppet rygningen blandt børnene i grundskolen, og i en vis udstrækning blandt lærerne på jobbet. Men så enkelt blev det ikke. 15 socialdemokrater syntes, at børnene selv skulle beslutte, at de ikke ville have, at nogen røg på fx døgninstitutioner, hvor der er børn op til 18 år. Det var meget vigtigt, at de unge, der typisk kommer fra de mest socialt udsatte familier, skulle kunne bestemme selv! Heldigvis har jeg kunnet notere, at der er en helt anden forståelse i dag. En særlig udfordring var den daværende radikale undervisningsminister, selv storrygende, der fik den fikse ide, at man ikke kunne beslutte et rygeforbud i de private friskoler. Det ville være et angreb på friskoleloven, så det måtte være op til friskolerne selv at beslutte en rygepolitik! Så da der var skrevet betænkning, var der et par grimme huller, som jeg tror, at man her bare 6 år senere, ikke vil være glad for at blive erindret om. Så vidt jeg husker, så var det Carstens (Koch) forslag om forbud mod at ryge på sygehuse, der vakte det største postyr. Nu er det vel efterhånden indført på alle sygehuse, og værtshuse er oven i købet også blevet omfattet af lovgivningen om rygning i det offentlige rum. Men som en af de centrale embedsmænd i Sundhedsministeriet har husket mig på, så modner tiden de rigtige beslutninger, men langsommere, end hvad der svarer til en ministers naturlige utålmodighed efter at gøre mest muligt – man ved jo aldrig, hvor lang tid man er der – og slet ikke i Sundhedsministeriet.

I relation til tobak kunne jeg også nævne advarslerne på pakkerne og spørgsmålet: hvad er der i en cigaret, som bl.a. Skandinavisk Tobakskompagni var meget i vildrede med!

Forebyggende tandpleje

Folkesundheden handlede for Nyrup-regeringen om at bekæmpe ulighed i sundhed. Jeg var medlem af det regeringsudvalg, der havde ansvaret for at formulere Folkesundhedsprogrammet – men det var som trafikminister. Som sundhedsminister handlede det mere om at gennemføre det. Én af de første ting, jeg blev præsenteret for, var den netop indgåede aftale med tandlægerne. Denne ville aldrig være blevet indgået med mig som minister, for hvad handlede den om: mere tandforebyggelse for dem, der allerede var kunder hos tandlægerne. Det vil sige offentligt støttede røntgenbilleder hvert andet år, en såkaldt udvidet undersøgelse, samtidig med at en femtedel af den voksne befolkning ikke kommer hos en tandlæge overhovedet, mest fordi det er dyrt og for nogle, fordi de er bange. I stedet for at motivere tandlægerne til at søge at udvide kundekredsen til dem, der ikke kommer i konsultationerne, ja så aftalte man at bruge flere offentlige kroner på dem, der allerede var i et forebyggende forløb. Det var ikke ligefrem noget, der virkede fremmende for lighed i tandsundhed. I protest har jeg selv valgt det udvidede tilbud fra. Tandlægen fralægger sig hver gang ansvaret, fordi hun ikke har røntgenbillederne som diagnosebistand, men indtil nu, her 6 år efter, har jeg fortsat ingen huller haft, og det offentlige har vel sparet et par tusinde. Så i stedet for den udvidede undersøgelse, burde man have brugt kræfterne på at skabe en sammenhængende overgang fra børnetandplejen til voksentandplejen, så færre slipper den forebyggende tandpleje, som det sker nu. Det nåede jeg ikke at gøre noget ved, for jeg var minister imellem to aftaleindgåelser med tandlægerne, men de involverede embedsmænd blev i hvert fald klar over min holdning i den sag. Generelt tror jeg ikke, at de var særlig meget i tvivl om, hvad ministeren ville, nogle gange syntes de nok, at det var lidt træls. Fx er og var jeg meget imod prissætningen af sygehusydelse på enkeltelementer, fordi det kun tjener et formål: at markedsføre sygehussektoren – altså fremme kapitalejernes mulighed for at tjene profit på folks sygdom – hvad jeg fortsat finder uetisk.

I det hele taget havde jeg den vane at kommentere medarbejdernes notater ved at skrive i margin, hvad jeg mente og tænkte – eller stille supplerende spørgsmål. Det affødte ved min afgang at departementschefen sagde, at den, der tilsammen havde skrevet flest notater i min ministertid var ministeren selv! Jeg ved, at mange af medarbejderne var glade for at få de mange tilbagemeldinger, fordi det gav dem en hurtig fornemmelse af, i hvilke baner jeg tænkte, og det viste også, at jeg læste, hvad de skrev og forholdt mig til det. Kort sagt: det jeg skriver, bliver også læst og brugt.

Der var flere lyspunkter for folkesundheden. En del arbejdspladser begyndte at arbejde med sundhedsfremmende programmer og SID gennemførte uddannelsesaktiviteter for tillidsfolk om, hvordan man kunne fremme sundheden som en del af et godt arbejdsklima.

Forsikringsordninger

Mere kritisk var jeg dog over for forsikringer i forbindelse med kritisk sygdom og for at sikre hurtig behandling, som så dagens lys ved begyndelsen af dette århundrede. Min kommentar til det var, at det offentlige behandlingstilbud skulle være så effektivt, at der ikke blev et marked for disse forsikringer. Det har den borgerlige regering naturligvis ikke været optaget af, men et troværdigt sygehussystem i et velfærdssamfund må nødvendigvis sikre alle en god behandling, uanset om de selv har en god indtægt, en god arbejdsgiver eller står udenfor arbejdsmarkedet og lever af kontanthjælp eller pension. Mon ikke forsikringsudbetalingerne vil blive koncentreret om at forsøge tilværelsen – rejser til udlandet og Wellness - mere end betaling for behandlinger på privathospitaler og lign.?

Ecstasy-ulven-kommer-kampagne

Forebyggelse af alkohol- og stofmisbrug hørte også under sundhedsministerens ressort. Og især Ekstra Bladets ecstasy-ulven-kommer-kampagne gav ministeren noget at se til. Jeg tog handsken op og søgte at få klarhed over omfanget, men det var ikke nogen nem sag og chefen krævede handling – helt fra Grønland. Jeg valgte en mindre model med et forsøgsamt for en indsats – nemlig Århus amt – og fandt, at det måtte være tilstrækkeligt. Det var rigeligt, for siden viste det sig, at det mere var en Ekstra-bladshistorie end en reel problematik, for på det tidspunkt var der ikke et så omfattende ecstasy-misbrug blandt unge. Nu har jeg selv en teenage-datter og ser situationen lidt anderledes – jeg ved ikke om redaktør Engel havde et teenagebarn dengang.

Mens jeg var minister, var det in at indgå finanslovaftaler og lignende med venstrefløj. En mærkesag for Enhedslisten var mad til skolebørn, og det passede godt med regeringens Folkesundhedsprogram. Der blev afsat en del millioner kroner til formålet, og hvad er der sket? Pludselig var der mange ministre, der mente, at udmøntningen skulle ske i deres regi. Alle ventede, at der lå en vindesak til venstrebenet. Vi fik etableret en pulje som skolerne kunne søge, men som bekendt, så er det gået i en hel anden retning efterfølgende og selv børnene i børnehaverne må have madpakke med hver dag.

Afsked med Sundhedsministeriet

En aften sent i ministeriet kom den telefonsamtale, som altid vil komme – jeg følte den kom for tidligt og uretfærdigt – og især da jeg opdagede, at min efterfølger havde fået stillet et par milliarder i udsigt til at gøre noget ekstra for. Arne (Rolighed) fortæller jo nok, hvad de to milliarder blev brugt til. Jeg erindrer ikke, at de overhovedet blev anvendt, når det kom til stykket. Da chefen (Poul Nyrup Rasmussen) ringede, vidste jeg, at min skytsengel i regeringen havde fået andre interesser at varetage, og at jeg derfor ikke længere skulle være med på holdet. Som nogle vil kunne huske, så flød tårerne under overdragelsen til min efterfølger, men den sene aften, lød der også latter fra ministerkontoret, og min tro chauffør, Steen, der ventede på at køre mig til lejligheden, tror jeg undrede sig, for hvad talte vi om? Steen fornemmede jo også, at det hed Dronningen næste dag.

For det første sagde jeg til Poul Nyrup Rasmussen, at jeg syntes, at han skulle have fyret mig helt tilbage i februar, når han alligevel ikke ville have ført socialdemokratisk politik. For det andet sagde jeg, at han skulle udnævne én, som kunne blive i mange år, for det havde sundhedspolitikken brug for. For det tredje sagde jeg, at jeg havde gættet, hvem der ville blive min efterfølger med baggrund i det forspil, der havde været, og for det fjerde foreslog jeg, at han skulle udnævne den daværende undervisningsminister (Margrethe Vestager) til skatteminister, for jeg var træt af, at det altid kun var socialdemokratiske ministre, der skulle løse de vanskelige opgaver, og de radikale, der skulle stå og vifte med værdifanen. Det med rygepolitikken på de frie skoler spillede nok også ind på forslaget. Men vi fik en god og hjertelig latter, og så kørte jeg til Dronningen dagen efter og græd mine modige tårer ved afskeden med Sundhedsministeriet. Jeg vidste, at det var sidste gang jeg forlod et ministerium som minister.

I mit nuværende job er jeg kommet en del i bygningen, der dengang rummede Sundhedsministeriet. Jeg må indrømme, at det var lidt underligt at kigge ind på de forskellige kontorer og finde helt andre medarbejdere, end dem, der sad der dengang, jeg havde hjørnekontoret på 4. sal.

Mit nuværende arbejde

I dag arbejder jeg med at understøtte en positiv social og økonomisk udvikling i den fattigste bydel i Danmark, nemlig i Gellerupparken i Århus.

I den sammenhæng har vi også et par projekter med sundhedsaspekter, og det er faktisk lykkedes at få støtte fra Nordisk Ministerråd via Sundhedsministeriet til et forebyggelsesprojekt mod khat-tygning, især blandt unge somaliere. Der er etableret en nordisk følgegruppe, hvor Sundhedsstyrelsen repræsenterer Danmark sammen med en repræsentant fra det somaliske miljø. Initiativtagerne er blandt andet en læge med somalisk baggrund, der har dokumenteret khat-tygningens sundhedsskadelige og sociale konsekvenser, der ligner billedet fra alkoholmisbrug. Der er nu etableret tilsvarende projekter i Finland, Norge og Sverige.

Må jeg til slut bruge denne lejlighed til at give udtryk for en stor respekt for de mange medarbejdere, der er i landets sundhedstjeneste, herunder i Statens Institut for Folkesundhed, i styrelserne og i ministeriet, som jeg lærte nærmere at kende i år 2000. Må jeg især rette en tak til de medarbejdere i Sundhedsministeriet, som jeg havde tættest på: Ib, Morten, Kåre, Steen, Peter, Grethe, Jette og alle de andre i departementet. Solide folk, der kunne deres kram, og som jeg er glad for at have fået muligheden for at kende og arbejde sammen med. Det var en stor fornøjelse – spændende og lærerig.

Tak for jeres tålmodighed her i dag.



Arne Rolighed

Sundhedsminister (S) i perioden 21.12.2000 – 27.11.2001

Tillykke med jubilæet. I udfører et godt stykke arbejde. Så held og lykke med de næste 25 år.

Jeg kan ikke dy mig for at knytte en enkelt kommentar til Jørgen Varders fremstilling af de mange gode rapporter. Helt enig. Det var gode rapporter, hvor landets klogeste hoveder har bidraget med visdom og erfaring. Der var kun et eneste problem med rapporterne. De slog ikke rigtig an ude i amterne og på sygehusene.

Planchers betydning for at blive minister

10 plancher gjorde mig til sundhedsminister. Regeringen afholdt i 2000 en række folkehøringer. Sammen med rektor Linda Nielsen fra Københavns Universitet skulle jeg varme op til debatten i Odense. Statsministeren fandt stor interesse i de 10 billeder, jeg havde med på plancherne, hvilket senere førte til en samtale i Statsministeriet. Så hvis nogen af jer har lidt ministerkløe i maven, så er det en god ting at have plancher ved hånden. Jeg er jo ikke den i partiapparatet, der har slået flest plakater op. Jeg blev valgt som branchemand. Jeg har dyb respekt for de politiske partiers virke i det danske politiske system, herunder partiernes evne til at rekruttere og udvikle kandidater. Men jeg synes ikke, det gør noget, at Folketinget også nu og da garneres med en branchemand.

Da jeg kom til Statsministeriet og skulle snakke med Poul Nyrup, sad han med plancherne foran sig. Jeg havde forberedt et langt notat om kræft. Jeg havde hørt fra embedsmænd i ministeriet, at Statsministeren nu og da indkaldte fagpersoner til fordybelse i et problemfelt. Jeg anede ikke, at jeg var til ansættelsessamtale som minister.

På vej ud af døren viste Poul igen sit store engagement. Han havde nogle spørgsmål, han gerne ville vende med mig ved en senere lejlighed. Fx om samordningen i det storkøbenhavnske sundhedsvæsen og overenskomsternes betydning for omstillingen i sundhedsvæsenet. Det sidste Poul spurgte om, var bestemt ikke det mindst vigtige: "Arne - hvad er det der sker, når en patient møder sundhedsvæsenet"? Ja, det er søreme et godt spørgsmål. Jeg har tænkt på det lige siden.

Omsorg i sundhedsvæsenet

For nylig stillede vi i Kræftens Bekæmpelse 1.500 patienter med kræft det samme spørgsmål. Og svarene var mistrøstige. Omsorg, nærvær og respekt i mødet mellem patient og læge opleves af mange patienter som en by i Rusland. Jeg kan anbefale rapporten, der kan findes på Kræftens Bekæmpelses hjemmeside. I slutningen af 70'erne var jeg med i Børns vilkår og i Børn på hospital. Om aftenen kunne vi sidde sammen med læger og sygeplejersker og tale os frem til forbedringer for børn indlagt på sygehus. Når vi så mødte dem næste morgen i deres hvide kitler, så indtog de igen systemets rolle og positioner. Og intet kunne lade sig gøre. Jeg kender det også fra mine naboer. Der er pokkers til forskel på en varm og nærværende samtale med syge-

husfolk i baghaven over en kold øl og mødet med dem i deres rolle og hvide kitler. "Hvad er det, der sker", spurgte Poul. Svaret blæser stadig i vinden.

Mødet med Folketinget

Det var et kulturchok at komme fra et amtspolitisk system og ind i Folketinget. I Århus Amt handlede det om at være sammen, om at lave gode politiske løsninger, uanset politisk tilknytning. Egentlige politiske konflikter oplevede jeg kun, når spørgsmålet om matrikelplacering blev bragt frem.

I Folketinget oplevede jeg det stik modsatte. Her handlede det om at være mindst mulig behjælpelig, for ikke at sige direkte modstander. Jeg tror såmænd ikke, at den ene opposition er bedre end den anden, men det ligger i den politiske kultur i Folketinget - at drille hinanden mest muligt, fx på de såkaldte onsdagsmøder i Folketingssalen. Her sad alle oppositionens sundhedsordførere. Og der var sørme mange. Fx Ester Larsen, Jørgen Winther og Birthe Skårup. Gamle kendinge fra det amtspolitiske arbejde. Umiddelbart fandt jeg det positivt, at der var så mange, der interesserede sig for sundhedspolitik. Senere fandt jeg ud af, at det var ministeren, de gik efter og ikke politikken. Det var chokerende at opleve dem stillet op i formation som en brisant granat. En brisant granat består af et jernhylster foret med trotyl som antændes ved en detonator. Ved antændingen samles energien i en tynd stråle, som er i stand til at gennemhulle panserstål. Her var det sundhedsministeren, der var målet. Det ene mærkværdige, kritiske spørgsmål efter det andet blev sendt mod målet - sundhedsministeren. På hver byge af spørgsmål havde jeg kun to minutter til at svare, og så var det deres tur igen. Og jeg siger jer, det var store ting, der kom op. En venstremand ville have mig til at belyse konsekvenserne af en besparelse i H:S på 3,7 timer om ugen. Et andet folketingsmedlem kendte en patient, der havde seks svulster i leveren. Hvad havde jeg tænkt mig at gøre ved det? Jeg opdagede hurtigt, at hele skuespillet i virkeligheden handlede om at få mediernes bevågenhed. Da jeg så efterhånden tog overskrifterne, forsvandt ordførerne.

Sundhedsvæsenet er bedre end sit rygte

Når jeg sagde ja til at blive sundhedsminister, så hænger det også sammen med, at det billede jeg som professionel har af sundhedsvæsenet igennem mange, mange år, ikke er det billede, medierne fremstiller. Det danske sundhedsvæsen er betydeligt stærkere og betydeligt bedre. 100.000 mennesker gør en kæmpe indsats hver dag. Når vi spørger patienterne, er tilfredsheden også udtalt.

Ventetidsgaranti

Én af de konkrete ting, jeg tog fat i som sundhedsminister, var ventetidsgarantien 2+2+4. Det er et godt og kommunikérbart udtryk. 2 uger til forundersøgelse, 2 uger til behandling og 4 uger til efterbehandling. Når jeg tog lidt hurtigt fat i ventetidsgarantien, så er det ikke mindst din skyld, Sonja. Jeg så, hvordan medierne helt uretfærdigt drog dig til ansvar for, at medarbejderne i sundhedsvæsenet holdt ferie - samtidig med at de fremførte, at kræft ikke holder ferie. For at skabe et seriøst indhold købte vi faktisk kapacitet syd for grænsen i Flensborg, med reservekapacitet i Antwerpen, så ventetidsgarantien ikke blev en tom gestus. Vi oprettede et kontor på Amtssygehuset i

Herlev, som skulle administrere ventetidsgarantien. Her kan patienter få hjælp med sprog, transport, hjælp til pårørende osv. Ventetidsgarantien stoppede den politiske tumult.

Grundlæggende værdier i sundhedsvæsenet

Den indsats, jeg var mest stolt af som sundhedsminister, var lanceringen eller snarere genlanceringen af de grundlæggende værdier i vores sundhedsvæsen. Disse værdier var også med på en af plancherne, som jeg præsenterede på folkehøringen. Vores sundhedsvæsen er stærkt funderet i fire helt centrale værdier:



Vores sundhedsvæsen hviler på, at der er fri og lige adgang for alle, uanset pengepung, hudfarve, religion, gammel eller ung. Det er behovet, der giver rækkefølgen. Det er overladt til lægen at informere patienten om de undersøgelser og behandlingsmuligheder, der gør nytte, og endelig er det de folkevalgte og ikke de rå markeds kræfter, der fordeler ressourcerne.

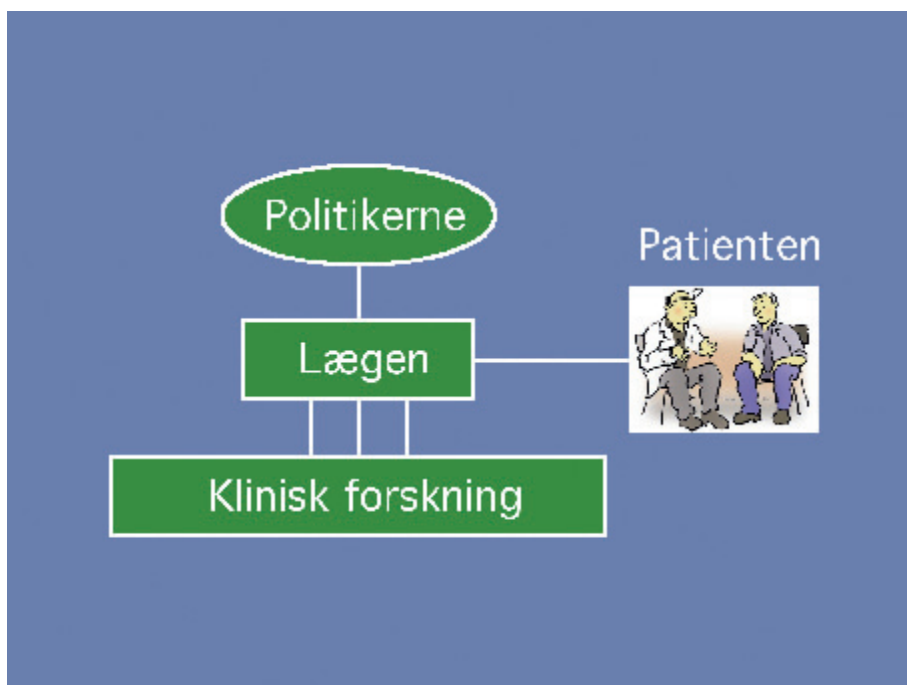
Jeg synes selv, at det er lykket mig i min korte periode som minister at få lov til at formulere værdierne i folketingsalen over for medierne og til offentlige møder. Værdierne er udfordret som aldrig før. Tag nu bare fri adgang til sundhedsvæsenet. I den nye sundhedslov er lige adgang ændret til let adgang. Når jeg er ude i forsamlingshusene og taler om disse værdier, ja, så nikker alle. Alle, uanset om man er ung eller gammel, liberal eller socialdemokrat. Men så snart forsamlingen er ude af forsamlingshuset, er de på vej hen for at tegne en operationsforsikring eller en forsikring mod kritisk sygdom. Hvorfor gør folk det? Det er da for at komme foran naboen. Der er en mærkelig dobbeltkultur i den danske befolkning. På den ene side er vi solidariske over-

for dem, der har størst behov, og på den anden side ønsker vi at betale os foran i køen. Denne politiske dobbeltkultur er dødsens farlig for vores sundhedsvæsen, såfremt populistiske partier skulle finde på at høste i dobbeltkulturen.

Jeg blev dybt forundret, da jeg på fjernsynet en aften kunne se en sundhedspolitisk ordfører fra venstre stå og hoppe tre gange - en for hvert tårn i Trehøje Kommune. Her har politikerne besluttet at hjælpe de aktive på arbejdsmarkedet foran i køen og foran de ældre, kronikerne, de arbejdsløse og børnene.

Det faglige ansvar

Jeg har lyst til at vise jer en planche mere - formentlig den klogeste planche, der nogen sinde er lavet om dansk sundhedsvæsen.



Den viser nemlig, at det er lægen, der har ansvaret og pligten til at orientere patienten om de behandlingsmuligheder, der foreligger. Har lægen ikke selv mulighed for at udføre behandlingen, så må han sende patienten på sygehus. Har sygehuset ej heller mulighed for at behandle, må sygehuset sende patienten videre til specialsygehus eller via Sundhedsstyrelsen til udlandet. Det vil sige, at vi patienter kan have tillid til, at alverdens tilbud ligger lige foran os, hvis vores sundhedsvæsen ellers fungerer, og alle kender deres rolle og ansvar. I modellen har politikerne det overordnede ansvar for mål, struktur, økonomi osv., men det er den enkelte læge, der suverænt rådgiver patienten om behandlingsmuligheder i ind- og udland. Lægen må sikre sig, at tilbuddene hviler på god solid forskning. Skulle to tilbud være lige effektive, bør lægen vælge den billigste. Det var denne politik, jeg kæmpede for.

Dagspressen er fyldt med eksempler på sammenblanding af rollerne. Tag eksemplet med sclerosepatienten, som skulle have Betainterferon. Først sendte overlægen sagen til sin sygehusledelse, der sendte den ind til amtet, hvor den blev drøftet på de såkaldte interamtsmøder for til sidst at ende i Regeringen. Som om det er et regeringsanliggende at tage stilling til, hvorledes en konkret patient på Viborg Sygehus behandles. Den pågældende overlæge kendte ikke sin rolle og ansvar. Hvis han mener, at patienten kan have glæde af Betainterferon, kan han blot sende patienten derhen, hvor Beta-interferonbehandlingen er indført. Og havde overlægen nu også sikret sig, at der var klinisk forskning, der på et troværdigt grundlag dokumenterede effekten?

Såfremt overlægen havde kendt sin rolle i systemet, var sagen næppe blevet et regeringsanliggende. Måske handlede sagen i virkeligheden om, at overlægen manglede ressourcer til behandlingen.

Frit sygehusvalg i Europa

Et par ting ville jeg gerne have nået. Jeg ville gerne have været med til at sætte frit sygehusvalg i Europa på dagsordenen. Lad os forestille os, at vi lod lægerne få frit slag til at visitere til alle behandlingssteder i Europa - kun med den ene forudsætning, at behandlingen skal have dokumenteret positiv effekt. Tænk hvad der kunne blive ryddet op i af bureaukratiske systemer knyttet til ventelister og ventetider. Det kan også tage brodden ud af den debat om forsikringsordninger, der dominerer mere og mere, og som er en større og større trussel for, om vi kan fastholde den fri og lige adgang til vores sundhedsvæsen. Begrundelsen og motivationen for at få en forsikring vil falde til jorden. Diskussionen om at bringe dansk sygehusvæsen op på internationalt niveau vil også langt hen ad vejen miste sit politiske indhold i og med, at man kan gøre det til en realitet at bruge det behandlingssystem, der er i Europa.

Den rigtige pille i den rigtige mund

Jeg ville også gerne have taget det politiske initiativ med henblik på at øge tilliden til det mest anvendte terapeutiske virkemiddel, vi har i vores land - nemlig pillen. Jeg kommer ofte til at tænke på Nikoline, en gammel bekendt. Hun får 37 piller. Når vi sidder rundt om bordet og ser på pilleindtaget, nærer vi en kolossal beundring for, hvordan lægevidenskaben kan nå frem til at tildele 37 piller, som virker hver for sig og tilsammen. Hertil kommer pillerne fra Matas. Og Nikoline hører ikke til dem, der får flest. Der er mange, der får mange flere piller end Nikoline.

Respekten daler dog noget, når der om bordet fremføres eksempler på patienter, der får det bedre ved at få pillerne fjernet. Sporadiske undersøgelser antyder, at 1/3 af den ordinerede medicin ikke bliver spist, 1/3 gør måske ligefrem skade, eller i bedste fald er neutrale, og at det kun er 1/3, der rammer den rigtige mund. Hvis jeg var sundhedsminister i dag, så ville jeg tage grundlæggende fat i at styrke tilliden til pillen som terapeutisk virkemiddel.

Peter Sellers

Som sundhedsminister oplevede jeg mig nu og da som Peter Sellers i "Den Lyserøde Panter". Det var ham, der havde en aftale med japaneren Kato om at angribe - hvor som helst og når som helst - med henblik på at træne Peter Sellers kampparathed.

Pludselig en morgen i "kl. 7 Radioavisen" dukkede resultater af en undersøgelse op fra Arbejdsmiljøinstituttet, der handlede om arbejdsmiljøet i sygehusvæsenet. Så vidste jeg jo godt, hvordan min dag ville gå lige fra kl. 7 morgen til sen aften. En anden morgen kunne det være en politiker i et regeringsparti, der var "ude at lufte" sit syn på privathospitaler i Danmark, som ikke helt var koordineret med regeringen. Så var den dag også beslaglagt. En tredje morgen kunne det være en rapport om den elektroniske patientjournal, personalemangel etc. etc.

Disse spændende morgennyheder var med til at holde én aktiv og agtpågivende - nøjagtig som japaneren i "Den Lyserøde Panter".

Afslutningsvis vil jeg sige til hver af jer, der skulle blive ringet op af en statsminister, der ønsker jer som sundhedsminister. Så sig ja. Det er fantastisk spændende. For mit eget vedkommende vil jeg sige – skulle der ringe én igen, så er jeg klar. Det var en kanon oplevelse.

Tak skal I have.



Lars Løkke Rasmussen

Indenrigs- og sundhedsminister (V) fra 27.11.2001- under Anders Fogh Rasmussen

Enhver, der har forstand på de dele, vil vide, at erindringer er noget man bør vente med, til man har lukket døren bag sig. Men i dette tilfælde ville det jo betyde, at jeg gik glip af mine forgængeres erindringer. Og jeg skal da ikke lægge skjul på, at jeg har været nysgerrig for at høre, hvor meget de ligner mine egne. Er det de samme ting, der har bragt glæde og frustration i den stol, som vi hver især har holdt varm i en periode? For mit vedkommende siden november 2001.

Og det er det jo til dels. For de mennesker, foreninger og institutioner, som omgiver sundhedsministeren, har for en stor dels vedkommende været de samme. Folketinget med bygerne af spørgsmål, Amtsrådsforeningen, Lægeforeningen, sygeplejerskerne osv. Men der har også været opbrud – og det store opbrud er jo lige om hjørnet.

Det er en del af den pakke, der følger med fra den forrige minister – i dette tilfælde Arne Rolighed, som derudover gav mig flere formanende ord omkring bl.a. ministeriets rygepolitik og glæden ved at tage trappen. I B.T. dagen efter måtte jeg ligefrem se seancen beskrevet under overskriften "Usundheds-ministeren". Så er man jo kommet godt fra start!

Ventetider og frit valg

Jeg startede min ministergerning med nogle klare opgaver:

- Få ventelisterne ned ved at belønne den ekstra indsats
- Giv borgerne mere frit valg i sundhedsvæsenet – især i sygehusvæsenet, når ventetiden bliver for lang
- Og skab så mulighed for, at de kræftpatienter og andre, som systemet opgiver at gøre mere for, kan få undersøgt, om der alligevel skulle være flere muligheder – evt. i udlandet.

De opgaver var givet under det helt overordnede budskab fra den nye regering, at valgløfter er noget, man holder. Så se at komme i gang, Lars.

For yderligere at sætte skub i tingene nedsatte vi et rådgivende udvalg, som efter 100 dage skulle komme med en analyse af barrierer for en effektiv arbejdstilrettelæggelse i sygehusvæsenet. Dvs. for den aktivitetsforøgelse, som vi afsatte penge til. Det er vel ikke for meget sagt, at begejstringen hos dem, der i praksis skulle levere varerne – nemlig amterne – var til at overse. De så ikke noget stort behov for at lade sig styre af sådan en 'Løkkepose'. Og de var da slet ikke tiltalt af ideen om at lade pengene vandre med patienten over til et privat sygehus, når det offentlige ikke kunne behandle inden for to måneder. Men omvendt kendte de jo regeringens valgløfter og principper lige så godt som alle andre. Så de vidste også, at der ikke var nogen vej udenom.

Så med visse forviklinger og tovtrækkerier fik vi både det udvidede frie valg og meraktivitetspuljen op at køre. Og hvis jeg skal pege på én af de positive ting, som står me-

get stærkt i min erindring, så er det at opleve, at det lykkedes at knække ventekurven. Samtidig med, at en masse mennesker brugte og var glade for den nye fritvalgsordning.

Det bekræftede mig i, at selv om systemerne er store og komplekse, så kan man faktisk som sundhedsminister gøre en forskel, der kan mærkes – også selv om det ikke giver gode venner hele vejen rundt. Og det gav luft til at kaste sig over sundhedsvæsenets andre udfordringer som kvalitet, åbenhed og sammenhængende patientforløb. Den luft skyldtes også, at resultaterne faktisk nåede ud over rampen. Nogle af mine forgængere har oplevet, at de ikke fik credit for de resultater, de rent faktisk opnåede, fordi pressen bare kørte videre i samme rille om det elendige sundhedsvæsen. Og det gør da helt klart en forskel, at jeg ikke hver anden dag skal læse i avisen om de uheldeligt lange ventelister, som betyder, at vi har et forfærdelig dårligt sundhedsvæsen. Men som det vil være mine forgængere bekendt, så lurer den næste dommedagsberetning altid lige om hjørnet.

Sager fra pressen

Og der har da været sager i pressen. Lad mig bare nævne Letigen (et slankemiddel) og de hestepiller mod gigt, som lige pludselig nærmest blev hamstret i samme skala som gær under den seneste storkonflikt.

Og så har der været eksotiske personligheder som Jørn Ege og Søren Ventegodt, som virkelig har udfordret systemerne – ”og hvad vil ministeren så gøre ved det?”

Jeg har også haft fornøjelsen af at opleve kræftlæger i Viborg og på Bornholm, som opererede på tværs af alle anbefalinger, fordi det vurderede de selv var fuldt forsvarligt. Og så kan man udtale, at sådan virker det ikke, når nu de faglige anbefalinger siger noget andet. Men de bestemmer for så vidt stadigvæk selv, om de vil blive ved – eller gjorde.

Og så er der de spørgsmål, som *virkelig* bringer sindene i kog. Lad mig bare nævne tre:

Rygning: Vi har lavet et stort forebyggelsesprogram – Sund hele livet – som bredt skal gøre noget ved livsstilssygdommene. Og med kommunalreformen er der lagt op til en omorganisering og opprioritering af forebyggelsen, der skal nå helt ud til borgerne. Det er alt sammen rigtig godt. Men det, der snakkes om på gaden og ved bordene er: Hvor må man ryge? Og når det gælder sundheden på det punkt, er den siddende minister jo en halvsløj rollemodel. Men kan ministeren ikke personligt gå forrest, så kan det offentlige da i hvert fald. Og det betyder så – med det forslag, jeg har lagt frem – i sidste ende et rygeforbud også på mit kontor.

Psykiatri: Vi har fremlagt et forslag til revision af psykiatriloven. Mine forgængere ved, hvor vanskeligt et område, det er. Balancen mellem omsorg og den enkeltes rettigheder. Derfor har forslaget også været forberedt i årevis. Måske det grundigst forberedte lovforslag, jeg har fremlagt – med inddragelse af allehånde eksperter i proces-

sen. Lige meget har det hjulpet. Hele diskussionen har handlet om én bestemmelse om tvungen opfølgning efter udskrivning, som er rigtig fornuftig for den lille gruppe sindslidende, det handler om. Men nej: Det med tvang, det lyder ikke rart – så det er ikke med i den endelige lovændring.

Og sidst, men bestemt ikke mindst – og helt dugfrisk: **Kunstig befrugtning**. En folkediskussion om enlige og lesbisk adgang til kunstig befrugtning. Bestemmelsen er kort. Der er stort set ingen økonomi i det. Men det trækker flere dages mediedækning og stort politisk drama. Igen et ændringsforslag. De enlige og lesbiske får muligheden. Og der kan igen blive plads til at diskutere andre småsager som velfærdsreformer, globalisering og EU's traktatkrise.

At lave systemet om

Men lad mig vende tilbage til det positive og fremhæve endnu en ting, ud over ventetiderne, som har været en stor tilfredsstillelse: At det er lykkedes at gøre noget ved nogle af de mere grundlæggende mekanismer i sundhedsvæsenet.

Vi startede med det udvidede frie valg og meraktivitetspuljen, som betød nye spilleregler for amter og offentlige sygehuse. Og da det rådgivende udvalg, med bl.a. Carsten Koch som medlem, kom med sin endelige rapport, blev der lagt op til flere forandringer. Større enheder og styrkelse af de centrale sundhedsmyndigheder. Og vi fik også en reel mulighed for at føre forandringerne ud i livet.

For med Strukturkommissionens betænkning fik vi chancen for at gøre noget ved de ting, som der har været lavet anbefalinger om i årevis, men som ikke er kommet hurtigt nok af sted i de eksisterende rammer.

Samlingen af funktioner. En mere samlet planlægning og koordinering. Og nye løsninger på nogle af de områder, som har været en sten i skoen for sundhedsministre et stykke tilbage i tiden. Jeg behøver vist bare nævne genoptræning.

Der er ingen, der kan være i tvivl om, at selv om jeg også er indenrigsminister, så har sundheden fyldt meget i den reform, vi har skabt, og som træder i kraft om godt og vel et halvt år. Regionerne er skabt med sundheden for øje. Ja, i vores oprindelige udspil skulle de ikke lave andet end sundhed. Og det siger jo noget om betydningen af det område, som vi alle sammen har haft så tæt inde på livet. Tiden – teknologien og patienternes krav – var løbet fra amterne på sundhedsområdet. Og uden sundheden giver amterne ikke mening. Derfor forsvinder de nu, og regioner tegnet efter sundhedsopgaven opstår i stedet for.

Forholdet til amterne

Jeg er godt klar over, at hvis vi sundhedsministre stillede os op på række, så er det ikke mig, som ville blive kaldt frem for at modtage prisen som "amternes bedste ven". Jeg husker bl.a. et interview i Dagens Medicin for et par år siden, hvor jeg formastede mig til at sige, at jeg er tilhænger af konflikter. Ugen efter havde Bent Hansen så et indlæg, hvoraf man kunne forstå, at jeg var modstander af samarbejde, og hvor jeg i

det hele taget blev fremstillet på en måde, så man nærmest kunne se hornene gro frem i panden. Jeg har ikke holdt mig tilbage fra at kritisere amterne, når de ikke har leveret varen. Når de ikke har kunnet levere på aftaler og fælles målsætninger. Men langt hen ad vejen har det jo bundet i, at strukturen ikke lagde op til det. At hele konstruktionen trak i en anden retning:

- Mod spredning, frem for samling
- Mod nærhed – også hvor kvaliteten kunne blive tvivlsom
- Mod at gå egne veje, frem for at følge den kurs, som vi aftaler centralt.

Fodslag om sundhedsreformen

Der var en del drama og et par døre, der blev smækket, da kommunalreformen blev til. Og på finansieringen var der en grundlæggende meningsforskel omkring skatteudskrivningen. Men derudover var vi faktisk temmelig enige om sundheden. Og sundhedsloven samlede et bredt flertal i Folketinget, som omfatter samtlige partier, der har leveret sundhedsministre, og som stadig er repræsenteret i Folketinget – og så et par stykker mere. Og det tror jeg er fordi, at vi med reformen på sundhedsområdet gør noget ved de strukturproblemer i sundhedsvæsenet, som er blevet tydeligere og tydeligere op gennem rækken af sundhedsministre, som er her i dag. Og den enighed havde vi endda lejlighed til at bekræfte for nylig med et sæt fælles principper for specialeplanlægningen i sygehusvæsenet.

Og så fik vi altså endelig den samlede sundhedslov, der flere gange har været taget tilløb til. 278 paragraffer skulle der til – og så er der endda en særskilt lov om klage og erstatning. Den fødsel har været længe undervejs, og der skulle intet mindre end en kommunalreform til at bringe den til verden. 278 paragraffer kan virke uoverskueligt. Men det, at de er samlet på ét sted, tvinger os i højere grad til at tænke på tværs af alle nicherne. Og det er noget af det, der bliver allermost brug for i fremtiden. Sammenhæng og samarbejde bliver endnu mere centralt, efterhånden som sundhedsvæsenets største opgave tydeligere og tydeligere bliver de kronikere, som ikke lader sig indfange ét sted i sundhedsvæsenet.

Folk er forandringsparate

Endnu en positiv erfaring, jeg vil nævne, handler om, hvad der sker, når man vil lave store forandringer. En ofte citeret sætning lyder: "Når forandringens vinde blæser, bygger nogle læhegn, mens andre bygger vindmøller." Og så stopper den der. Men det interessante er jo, hvordan folk fordeler sig. Og i de forandringer, som jeg har pustet til, har jeg glædet mig over, hvor mange, der har været på vindmølleholdet.

Man kan vel dårligt forlange, at folk, der har arbejdet mange år i amterne, skal synes, det er en fremragende idé at nedlægge dem. Men de aktører – organisationer, politikere, den brede befolkning – der er rundt om, gør gang på gang forandringss pessimisternes forudsigelser til skamme. Der bliver ikke bare flyttet strukturer i disse år. Der bliver flyttet holdninger. F.eks. i forhold til samling af funktioner i sygehusvæsenet. I dag står vi med et papir, hvor regeringen og det meste af oppositionen står sammen om noget, som efter den populistiske ABC er en ren folkelig tabersag.

Men vi går sammen ud og fremlægger fordelene ved det her. Den forbedring af kvaliteten, vi får for de ekstra kilometer på landevejen. Så viser det sig jo, at det kan folk generelt sagtens både forstå og forholde sig til. Og så rykker vi ved grænserne for, hvad der kan lade sig gøre.

Det, der stadig spøger

Men der er stadig nok at gøre. Sammenhængen i forløbene skal stadig blive bedre. Det skal kommunalreformen skabe grundlaget for. EPJ-sagen (Elektroniske PatientJournaler) har jeg arvet. Og den lever i bedste velgående. Selv om jeg nu mener, at vi har fået den på rette spor.

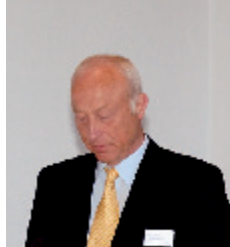
Vi skal have bedre dokumentation og mere åbenhed i sundhedsvæsenet. Der er sket ændringer i kulturen – vi har bl.a. fået indført et system til indberetning af fejl og utilsigtede hændelser. Men når det handler om flere og bedre registreringer – og ikke mindst offentliggørelse – ja, så er det stadig kamp fra hus til hus.

Sundhedsvæsenet bliver ved med at byde den til enhver tid siddende minister på flere udfordringer. Hver morgen byder på det grundlæggende spørgsmål: Får jeg lov selv at tænde for radioen, eller kommer Radioavisen til mig?

Det er den stadige charme og udfordring ved et ministerområde, der bare nægter at forlade den politiske dagsorden. Det gør det til tider hårdt – men aldrig uinteressant.



Jørn Olsen



Ole Have Jørgensen

Velkomsttale ved Jørn Olsen

Professor på University of California i Los Angeles og formand for bestyrelsen.

I Jørn Olsens fravær blev talen holdt af kommunaldirektør Ole Have Jørgensen, (OHJ), Horsens kommune, næstformand for bestyrelsen i Statens Institut for Folkesundhed.

Forebyggelsens svære vilkår

På vegne af Statens Institut for Folkesundheds bestyrelse vil jeg gerne byde jer alle hjertelig velkommen til denne lidt specielle konference med titlen 'Sundhedspolitiske erindringer fra min ministertid'.

På vegne af formanden for bestyrelsen, Jørn Olsen, som arbejder i USA, og desværre er blevet forhindret i at komme, har jeg lovet at overtage den tekst, han ville have talt ud fra. Jeg har dog ind i mellem selv et par kommentarer, jeg gerne vil bidrage med.

Når Harvey Fineberg, præsidenten for The Institute of Medicine i USA, skal forklare, hvorfor det er så svært at gøre politikere interesseret i forebyggelse, stiller han følgende spørgsmål til forsamlingen: 'Hvem døde ikke af stivkrampe eller mæslingekomplikationer, fordi de blev vaccineret? Hvem døde ikke af en blodprop, fordi de dyrkede motion og spiste en sund kost? Hvem døde ikke af lungecancer, fordi de holdt op med at ryge?'

Svaret er tavshed. Ingen ved, hvem det er. Der er ingen stemmer i forebyggelse.

Her vil jeg (red. OHJ) gerne komme med en lille iagttagelse, jeg har gjort. Mænd i morfaralderen, i slutningen af 50'erne og op i 60'erne, de går ikke længere rundt med et billede af deres kone i pungten. Det har de i dag skiftet ud med et billede af deres ballon! Hen på aftenen, med whiskyen i hånden, sidder man nu og udveksler erfaringer og diskuterer sine oplevelser med KAG'en. Hvordan havde man det, hvad blev der sagt? Ligeså ubemærket finder man så et billede frem fra pungten og viser, hvordan det ser ud. Det billede I ser her på skærmen i forstørret gengivelse, er fra den anonyme 60-årige, som enten har vundet i det genetiske lykkelotto, eller har levet op til spillereglerne for sund forebyggelse. Han har været heldig. Og dette er egentlig et billedligt eksempel på den samme problemstilling. Hvad var det, der virkede?

Jørn Olsen fortsætter således: Spørg hvem der reddede livet ved en by-pass-operation. Hvem der blev helbredt for en svær lungebetændelse med antibiotika. Hvem der overlevede en svær fødsel med et akut kejsersnit. Og der kommer hænder i vejret. Dette afspejler, måske sagt lidt firkantet, at der er stemmer i behandling af sygdom.

De første liv er statistiske liv, de der dyrker motion, og de der ikke bliver syge. De andre liv er navngivne liv. De er lige eksisterende. Statistiske liv lever også og de lever måske bedre end de navngivne liv, men de er anonyme og de er ikke taknemmelige. Taknemmelighed forudsætter, at man ved, hvad man skal være taknemmelig for.

Og forebyggelsen har andre odds imod sig.

Visse dele af forebyggelsen kræver en vis udholdenhed. Det er ikke nok at tage en rask gåtur på Strøget en enkelt søndag eftermiddag. Eller spise en gulerod til den stegte flæsk med persillesovs. Sunde vaner er netop vaner. Noget man gør igen og igen; som at vaske hænder efter toiletbesøg, hver gang, eller næsten hver gang.

Dernæst høstes gevinsten først sent. Livet synes grønnere, når det ses gennem bunden af en grøn Tuborg. Her er der umiddelbar gevinst, men sådan er det ikke med det meste af forebyggelsen. Du skal måske være ikke-ryger i 50 år for ikke at få lungecancer. Får du fjernet en kræftknode og det sker i tide, er du helbredt. Gevinsten høstes uden ventetid.

Det er også et problem, at forebyggelses investor ikke altid er den person, der høster gevinsten. Det er ikke mindst et problem i et land, hvor forskningspolitikken er 'fra ide til faktura'. Der er givetvis god økonomi i forebyggelse, men den der får idéen, er sjældent den person, der skriver fakturaen. Det er i øvrigt interessant, at man ofte forlanger cost-benefit analyser i forebyggelsen, men sjældent i behandlingen.

Endelig er der ikke meget drama i forebyggelsen. Ikke nær så meget som i behandlingen. Der er heller ikke nær så mange forskningsmidler i forebyggelsesforskning som i fx genetisk forskning. Det er tankevækkende, at de enorme investeringer i den genetiske forskning kun har ændret forebyggelsesmulighederne ganske lidt. Det er en indlysende sandhed, at sygdom opstår i et samspil mellem miljø og gener og mange havde sikkert frygtet, at den genetiske forskning havde ført til selektering af genetisk sårbare individer fra fx erhverv, de ikke kunne tåle. Denne frygt er ikke begrundet, formentlig fordi samspillet mellem genetik og miljø er for kompliceret. Vi fraråder kvinder med en genetisk defekt i deres koagulationssystem (Leiden 5 mutation) at tage bestemte former for p-piller, og der er andre eksempler på praktisk brug af genetisk viden i forebyggelsen, men der er ikke mange. SIF gør klogt i at satse på forskning i de påvirkninger, vi kan fjerne eller mindske og ikke bevæge sig så langt ud i det mere teoretiske.

Og disse modificerbare faktorer spiller en afgørende rolle for forståelsen af sygdommes udvikling og sværhedsgrad over tid. De virkelige betydningsfulde determinanter for sygdomme og død stammer fra vore livsbetingelser og naturligvis vor genetik. Kun i mindre grad fra de eksisterende behandlingsmuligheder, selvom vi alle sætter stor pris på de meget bedre behandlingsmuligheder, vi har nu i forhold til, hvad vi havde for 50 år siden.

Prøv at se på udviklingen i levealder over tid. I de sidste 160 år er levetiden steget med 3 måneder pr. år; fuldstændig lineært med kun få afvigelser fra en ret linje (Science 2002; 296: 1029-31). Hver gang du har levet en uge, har du vundet en weekend. Det er meget godt at vide, brug den fornuftigt. Intet tyder på, at denne fantastiske udvikling forklares ved bedre behandlingsmuligheder alene. Kun begivenheder som

pandemiske influenzaepidemier - fugleinfluenzaen ligger i baghovedet lige nu - og krige giver målbare afvigelser fra denne rette linie.

At investeringer i behandling alene ikke giver garanti for større sundhedsgevinster ses fx i Grønland, hvor sundhedsudgifterne er høje, men levetiden på niveau med hvad man ser i lande, der kun bruger nogle få procent af det, der bruges i Grønland på sygdomsbehandling. Det dramatiske fald i russiske mænds levetid efter kommunismens kollaps illustrerer ligeledes, at ændringer i levevilkår og sociale netværk er blandt de vigtigste faktorer af betydning for vort helbred.

Derfor skal vi have et institut, der varetager folkesundhedens interesser. Man skulle tro, at man i et land som Danmark ville have et meget stort institut med et budget, der i det mindste kunne matche landbrugets forskningsinstitutioner, men sådan er det ikke. Vi har SIF, og vi har også andre institutioner, og SIF har nu været her i godt og vel 50 år. Og der er grund til optimisme for fremtiden.

Jeg tror, at vigtigheden af at beskæftige sig med folkesundhed vil blive styrket i de kommende år. Det mener jeg ikke mindst fordi, at samtidig med at vi fejrer dette jubilæum, sker der en meget voldsom ændring af myndighedsansvaret. Det er jo sådan, at fra d. 1. januar 2007 overtager kommunerne ansvaret for forebyggelsesarbejdet. De overtager også ansvaret for noget af betalingen af sygehusbehandlingen. I den kommune jeg selv kommer fra, Horsens kommune, hvor der er 80.000 indbyggere, har vi 2 mio. til forebyggelse og 240 mio. til sygehusbehandling. Hvis de 240 mio. skal holdes en lille smule i skak, så bliver man nødt til at bruge meget opmærksomhed og meget energi på forebyggelsesarbejde. Det er der 98 kommuner, der får til opgave fra 1. januar. Det er lige på og hårdt, og det er en faglighed, vi ikke har tradition for at udøve.

Derfor har KL lavet et 7-punkts program for indsatsen på det nye område. Det første punkt er en højere prioritering af den forebyggende indsats. Der foreslår man, at der bliver lavet en vifte af forebyggende initiativer, der retter sig mod forskellige målgrupper. Formålet er, at kommunerne straks får lov til at prioritere i opgaverne, men også at der kommer en debat om de kommende års prioritering. Det er en meget forlæns udmelding fra KL. Vi skal tænke på, at det er helt nye mennesker, vi skal til at arbejde sammen med. Vi har ikke tradition for forebyggelse i kommunerne, vi kender ikke denne virkelighed, men vi er meget opsat på, at det skal der komme noget godt ud af.

Vi skal have en bedre sammenhæng i indsatsen for kronikerne, vi skal have en større viden om og mere forskning i forebyggelse, og så skal vi selvfølgelig, fordi kommunerne er de store arbejdsgivere, de er, se på sundhed i kommunerne, herunder de kommunale arbejdspladser.

Hvis vi tror på, at det er rigtigt, at der er en sammenhæng mellem uddannelsesniveau og sundhedstilstand, så er faglighed i folkeskolen måske det allervigtigste indsatsområde, hvis forebyggelsen skal have effekt. Og ikke kun faglighed i folkeskolen, men også i børnehaverne.

Vi ved med sikkerhed, at der kommer til at ske en masse i de kommende år på forebyggelsesområdet. Det er forandringsvinde, der blæser, og vi skal sikre os, at det kommer til at virke på en langt mere effektiv måde og på en bredere platform, end det har virket på før. Jeg vil ikke lægge skjul på, at vi er lidt nervøse for opgaven og også lidt nervøse for bevillingerne, men vi er meget optaget af, at det skal gøres godt. Hvis vi ikke får styr på det, så bliver der 98 måder at gøre det på og det synes jeg ikke, lyder rart.

Det er her vi har brug for Statens Institut for Folkesundhed. Der er en stor gruppe medarbejdere og i spidsen står Finn (Kamper-Jørgensen), som har viet stort set hele sit erhvervsaktive liv for sagen. Det kan I læse om i jubilæumsudgivelsen, og han har gjort det godt. Når vi i dag skal fejre en forskningsinstitution, der er stor respekt om og som er på rette vej, som hele tiden udvikler sig og bliver bedre, så er det ikke mindst Finns fortjeneste.

Og nu et hurtigt spring tilbage til Jørn Olsens tale: Det er interessant, at man i et privat sundhedsvæsen som det amerikanske satser meget mere på forebyggelse og på forskning i forebyggelse.

De strukturelle rammer for den forskning, rådgivning og udvikling der produceres på SIF, vil måske ændres. Man må håbe det vil ske med forståelse for, hvordan man opbygger og udvikler forskningsenheder, der er afhængige af næsten udelukkende menneskelige ressourcer, interaktion, normer og værdier.

SIF består af en stor gruppe af dygtige og engagerede medarbejdere. I spidsen for denne gruppe er Finn Kamper-Jørgensen, som har viet næsten hele sit aktive erhvervsliv til sagen og som har gjort det godt. Når vi i dag kan fejre en forskningsinstitution der står respekt om og som er på rette vej; som hele tiden udvikles og bliver bedre, så er det ikke mindst Finns fortjeneste.

Tak til dig Finn, siger Jørn, siger jeg, siger vi som sidder i bestyrelsen, for den indsats i folkesundheden i de 40 år. Der er rigtig mange i Danmark, der har grund til at være taknemmelige, men det er ikke sikkert, at de ved det alle sammen.



Velkomsttale ved Finn Kamper-Jørgensen

Direktør for Statens Institut for Folkesundhed fra 1. juni 1981-

Fra Dansk Tuberkolose Index til nationalt folkesundhedsinstitut

Jeg vil gerne på instituttets vegne byde velkommen til denne spændende dag. Før jeg kort gennemgår hovedlinjerne i instituttets historie, vil jeg sige nogle ord om inspirationen bag dagens arrangement.

Alternativ fejring af jubilæerne

Når man kommer lidt op i årene og tilhører den vidensproducerende del af samfundet, oplever man også mange jubilæer. Jeg har de senere år været til mange jubilæer, hvor man har gjort status over den viden, der er på et bestemt område – og set tilbage på den videnskabelige udvikling på området. Det er ganske spændende, men da jeg selv skulle tage stilling til vore egne jubilæumsønsker, syntes jeg, at det var endnu mere spændende at fokusere på, hvad vore top-beslutningstagere – som jo er tunge brugere af viden – har tænkt, oplevet og besluttet.

Derfor inviterede jeg de 12 ministre, der har siddet i min direktørtid, til at holde et foredrag af ca. 30 minutters varighed under titlen: "Sundhedspolitiske erindringer fra min ministertid". Otte ministre svarede velvilligt ja tak til invitationen – den ene minister Torben Lund har desværre fået akut forfald – men til alt held findes der departementschefer, som kan bistå.

Tak til ministre og baglandspersonerne for de kommende foredrag.

Det er udtrykkeligt understreget i invitationen til ministrene, at denne dag ikke specielt handler om vort institut og folkesundhed i et fagligt perspektiv. Ministrene er blevet opfordret til at tale om det, der ligger dem på sinde, vigtige politiske emner, hvor de har reflekteret, ageret, vundet eller tabt.

Vi agter at udgive en bog med foredragene på et senere tidspunkt – og vi har sat kameraer på for at sikre, at foredragene dokumenteres.

Health Policy Analysis

Jeg synes, at dagen i dag er en fin mulighed for at lytte til, hvad vore ministre tænkte, og hvad de gjorde. Det er både et bidrag til historieskrivning og udvikling af et meget forsømt og uudviklet fagfelt i Danmark – på engelsk kaldet: Health Policy Analysis. Health Policy Analysis handler om alle de faktorer, der påvirker både den sundhedspolitiske beslutningsproces, beslutningerne og beslutningernes konsekvenser. Så dagen i dag kan forhåbentlig også inspirere og være med til at videreudvikle Health Policy Analysis med udgangspunkt i ministrenes erindringer.

Jeg sendte dagens invitation til professoren i medicinsk historie her i landet. Kort tid efter kunne jeg læse følgende på hjemmesiden for det, der i dag hedder Medicinsk

Museion: "Det er en interessant seminarform, på grænsefladen mellem mundtlig politisk selvbiografi og vidneseminar, som vil kunne give interessante meldinger, om ikke andet en række vidnesbyrd om, hvad ministre kan tillade sig at sige i dag, mange år senere om, hvad der skete den gang, de befandt sig i begivenhedernes centrum. Og sundhedsministre har som bekendt tit været ude i stormvejr."

Joh – vi har som tilhørere sandelig forventninger!

Og nu til noget helt andet.

Instituttets udviklingshistorie

På jeres stole ligger en jubilæumspublikation. Det er en publikation, der giver en kort udviklingsbeskrivelse af vort institut i lidt mere end 50 år. Der er et interview med mig, ligesom der er en oversigt over vore boliger, over sundhedsministre i perioden 1982 til 2006 samt en oversigt over vor nuværende bestyrelse.

Jeg vil kort komme ind på nogle få fakta.

Vort institut har haft tre navne i løbet af de 50 år:

- Dansk Tuberkulose Index (DTI)
- Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi (DIKE)
- Statens Institut for Folkesundhed (SIF).

I 1948 grundlægges Verdenssundhedsorganisationen, WHO. I Danmark får vi det europæiske hovedsæde for WHO til at ligge i København. Det Europæiske tuberkuloseprogram hørte i en kortere periode til på Svanemøllevej. På dette sted blev det også besluttet at oprette Dansk Tuberkulose Index som en epidemiologisk og evaluerende institution på TB-området. Der blev skabt et internationalt enestående tuberkuloseregister, som var vigtigt i forhold til overvågning og forskning.

1950'ernes store tuberkulosefolkesundhedsprogram blev evalueret og analysen viste, at programmet burde ophøre. I 1973 besluttede Sundhedsstyrelsen derfor at indstille dette arbejde. Instituttet overdrager i 1987 tuberkuloseregistret til Statens Serum Institut, da ekspertisen vedr. tuberkulose i dag rettelig hører hjemme her.

Dødsårsagsregistrets fødsel

Da Sundhedsstyrelsen ville smide sine gamle hulkort ud over døde danskere, sagde min forgænger, Ole Horwitz: "Hit med dem. Så laver jeg verdens ældste og bedste dødsårsagsregister på individniveau." Og det gjorde han. Det går i dag tilbage til 1943. Og vi har stadig i dag glæde af den beslutning. Et utal af forskningsprojekter om dødelighed og middellevetid er gennemført på dette register.

Datidens store dræber, hjertekar-sygdomme, kom også i fokus og der blev etableret et særligt hjerteregister til brug for monitorering og forskning.

Epidemiologien stadfæstes

I begyndelsen af 1970'erne skiftede instituttet navn til Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi. Der ligger en særlig hvidkitlet historie bag dette navneskifte, som jeg måske kan fortælle ved en anden begivenhed. Men realiteten var, at epidemiologien – studiet af sygdoms- og helbredsrelaterede fænomeners fordeling, årsager og konsekvenser i befolkninger – nu kom i højsædet. Det faldt sammen med oprettelse af CPR-registret og mange andre registre i de følgende år.

I jubilæumspublikationen siger jeg: "Vi er faktisk én af verdens førende nationer mht. registerundersøgelser og registerkoblinger". Og det passer. Jeg ved det fra mine evalueringsmissioner af udenlandske forskningsprogrammer og institutter. Det har præget instituttets virke siden oprettelsen af de mange registre, som vi har en særlig adgang til i vor forskning.

SUSY-undersøgelserne grundlægges

Da jeg tiltræder i 1981, ved vi fra registre meget om, hvem der dør og af hvad, hvem der kommer på sygehus og går til læge, men hvordan den almindelige danskers helbred er, lever sit liv, har sine sundhedsvaner, bruger sundhedsvæsenet og har gode eller dårlige levevilkår mv., ved vi meget lidt om. Det er derfor vigtigt, at vi tager initiativ til at foretage denne type undersøgelser periodisk, så vi løbende kan gøre status over udviklingen i danskernes sundhed. Vi startede i 1987, har fortsat periodisk, og kommer snart med de nyeste resultater fra sundhedsovervågningen i 2005 med tal for regionerne og for nationen som helhed.

Siden er det gået slag i slag for at få bredde i arbejdet på vort institut. Og jeg mener faktisk, at vi i dag fremstår som det brede, nationale folkesundhedsinstitut med respekt for, at der findes andre institutioner med særlig ekspertise, fx vedrørende smittsomme sygdomme, hvor ekspertisen er samlet på Statens Serum Institut.

I dag har instituttet følgende forskningsprogrammer, som også er grundlaget for monitorering af danskernes sundhed, for myndighedsbetjening med faglig rådgivning og udredning for Sundhedsstyrelsen, Indenrigs- og Sundhedsministeriet og andre ministerier og for formidling i videnskabelige tidsskrifter og formidling til den danske befolkning via massemedierne.

SIF's forskningsprogrammer

SIF arbejder i dag med syv forskningsprogrammer:

- **Sundheds- og sygelighedsundersøgelserne (SUSY)**

Vi kommer snart med nationalt og regionalt repræsentative tal for sundhed, sygelighed, sundhedsvaner, livsstil, levevilkår og brug af sundhedsvæsenets ydelser i 2005.

- **Børns sundhed**

Vi evaluerer danske børnesundhedsordninger og har skabt et sæt af indikatorer for danske børns sundhed på vor hjemmeside.

- **Sundhed i Grønland**

Det grønlandske landstyre har for nyligt i et ministerbrev til Lars Løkke Rasmussen givet udtryk for den store betydning hele dette program har for folkesundhedsudviklingen i Grønland, hvor sundheden og sundhedens determinanter kortlægges, monitoreres og udforskes.

- **Hjertekar-sygdomme**

Vi har genoptaget vor tidligere tradition med fokus på hjertekar-sygdomme og har nu to vigtige monitorerings- og forskningsregistre. Et hjerteregister, der følger sygelighed og dødelighed og et klinisk kvalitetsregister, hvor kirurgi og andre interventioner mod hjertesygdom beskrives og analyseres. Vi arbejder tæt sammen med Hjerteforeningen om relevant statistik for hele området og undrer os i den forbindelse over, at der er så ringe offentlig interesse for at spytte penge i at følge danskernes hjertekar-sundhed.

- **Registerforskning**

Vi viderefører et utal af registerforskningsanalyser, bl.a. ved omfattende registerkoblinger på CPR-niveau. I løbet af den næste måned offentliggør vi det første danske forsøg på at præsentere en samlet, bred beskrivelse og analyse af udvalgte risikofaktorerens betydning for folkesundheden i Danmark. Desuden har vi et meget detaljeret Ulykkesregister, som bl.a. indeholder detaljerede oplysninger om produktulykker i Danmark. Dette register må ikke tabes på gulvet pga. uklarhed mellem ministerier om finansieringen.

Herudover har vi også vigtige registre om dødsårsager, om spastisk lammelse, om sclerose og om vold.

- **Sundhedsvaner, livsstil og levevilkår**

I dette program forsøger vi at forske i årsagerne til danskernes livsstil og sundhedsvaner og at sætte det i forhold til de forskellige levevilkår, befolkningen har. Desuden evalueres en række sundhedsfremmende og forebyggende indsatser i sundhedsvæsenet, fx de nye sundhedscentre.

- **Alkohol**

Et internationalt evalueringspanel har for nylig givet dette forskningsprogram en flot evaluering. Center for Alkoholforskning var tænkt som et nationalt netværksdannende initiativ på forskningsområdet – bl.a. for at kunne give en bedre forskningsbaseret myndighedsrådgivning om virksomme og uvirksomme indsatser inden for alkoholområdet – forebyggende så vel som behandlende. Initiativet er lykkedes.

Instituttets lokalisering

Et par ord om vor lokalisering. Vi har været lokaliseret i Svanemøllevejskvarteret i København – med støt stigende lokalebehov. På billedet øverst til højre ses Svanemøllevej 25, hvor Dansk Tuberkulose Institut i sin tid fik til huse. Da prinsesse Alexandra efter sin skilsmisse skulle have ny bolig, blev det en ejendom tæt på vort tidligere hus. Jeg skrev til hende, at når hun gik tur med sine sønner ned ad vejen, skulle hun huske på, at der lige ved siden af hendes nuværende villa lå en familieejendom, hvor kong

Christian d. 10's bror, prins Harald, havde levet et langt liv. Min forgænger kaldte sig faktisk i sine muntre stunder en royal direktør.

Vi er i dag, efter bestyrelsens og ledelsens ønske, rykket ind på det tidligere kommunehospital i København, samlokaleret med Københavns Universitet på "Center for Sundhed og Samfund", hvor vi allerede har, og fremover forventer at få glæde af samspil med institutter for antropologi, psykologi, sociologi, statskundskab, folkesundhedsvidenskab og meget mere. Vi er med denne konstellation parate til at tage to væsentlige udfordringer op:

- at kunne forstå og på en etisk forsvarlig måde give bidrag til at ændre danskernes sundhedsvaner og livsstil i en mere sundhedsfremmende retning
- at kunne forstå og bidrage til hvorledes en fremtidsrettet sundhedssektor og folkesundhedsindsats udvikler sig hensigtsmæssigt og effektivt med de overordnede formål, som det fremgår af WHO's hovedmålsætninger: et længere liv - et sundere liv - et rigere liv og - lighed i sundhed.

Afslutning

Alt i alt skal der ikke fokuseres på vort institut i dag. Det vigtigste er resten af dagens foredrag om sundhedspolitiske erindringer. Men jeg har alligevel fundet det naturligt som baggrund for dagens jubilæer at give en kortere gennemgang af vort instituts udvikling.

Jeg fik i går af instituttets personale en fantastisk gave: En billedbog, hvor mit og instituttets virke igennem 25 år er illustreret. Tusind tak for den gave. Jeg sad i går aftes og klukkede af grin, blev nostalgisk og tænkte på de mange gode opgaver, vi gennem årene har leveret som sektorforskningsinstitut. Alt dette er ikke et enmandsværk. Det kommer fra en kvalitetsbevidst og dygtig medarbejdergruppe. Tak for det.

Jeg er som direktør stolt af det flotte og kvalitetsbetonede arbejde, som mine medarbejdere dagligt udfører og som placerer os som en væsentlig national, evidensleverandør på flere områder og stolt af den entusiasme og arbejdsglæde, som jeg møder blandt de fleste medarbejdere.

Så jeg synes, at vi kan fejre diverse jubilæer i en god stemning.

Hvilke værdier og holdninger lå til grund for skiftende sundhedsministres politik i perioden 1981-2006?

Hvad havde ministrene selv oplevet som væsentligt i deres ministertid?

Hvad skete der rent faktisk i perioden? Vandt eller tabte ministrene bestemte sager?

Dette er nogle af de spørgsmål, som fem tidligere sundhedsministre, den nuværende sundhedsminister og en tidligere departementschef svarede på ved et stort jubilæum på Statens Institut for Folkesundhed i juni 2006.



På billedet ses fra venstre Sonja Mikkelsen, Britta Schall Holberg, Carsten Koch, Agnete Laustsen, Jørgen Varder, Ester Larsen og Arne Rolighed.



Statens Institut for Folkesundhed
Øster Farimagsgade 5 A, 2.
1399 København K

sif@si-folkesundhed.dk
www.si-folkesundhed.dk