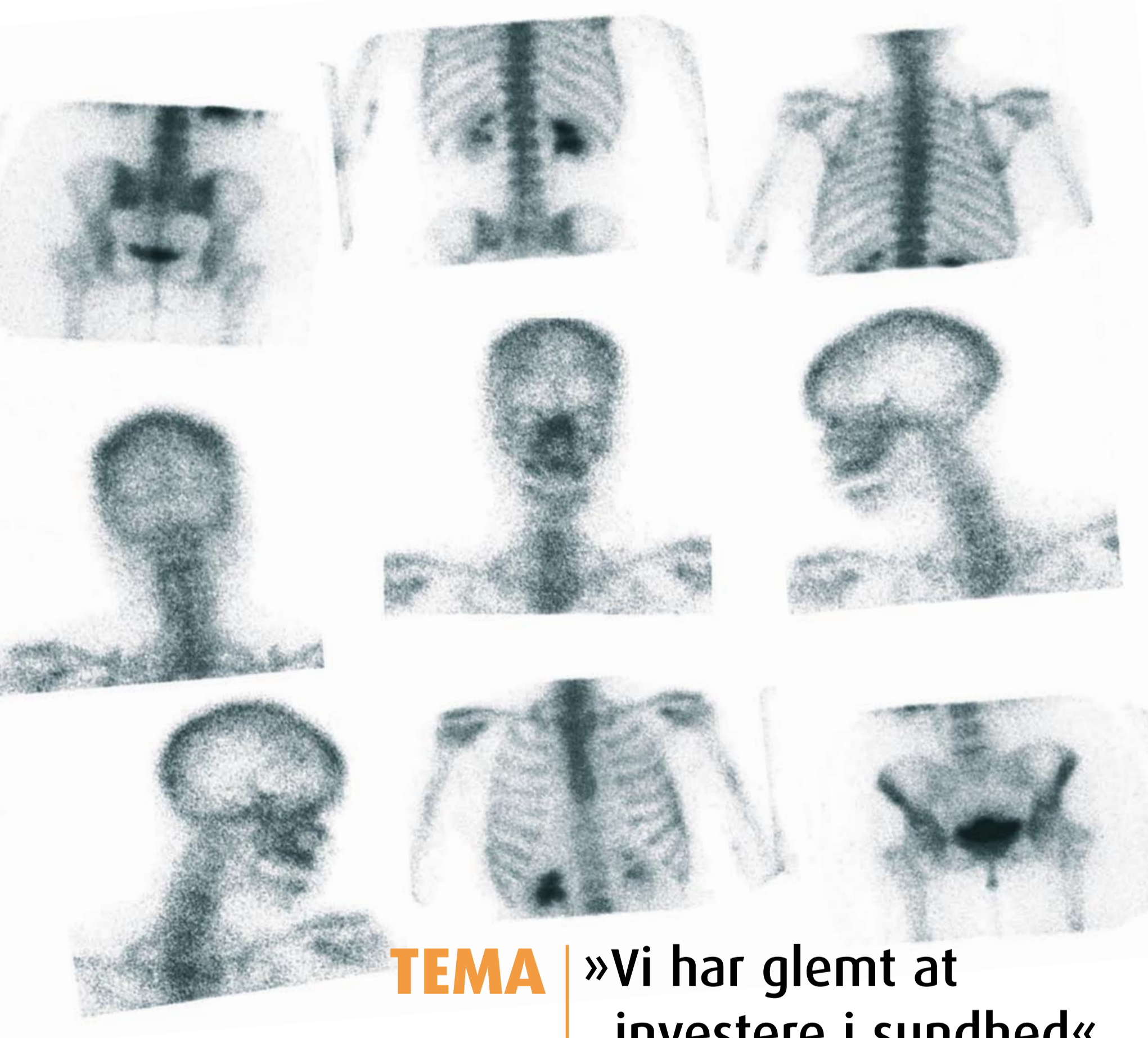


medicin&mening

information og nyheder fra medicinindustrien i Danmark · udgivet af Lægemedelindustriforeningen · 4. udgave · sept./okt. 2006



TEMA

»Vi har glemt at investere i sundhed«

SAMMENHÆNGENDE SUNDHEDSVÆSEN SKABER RESULTATER

Systematisk forebyggelse og bedre behandling. Læs om de amerikanske metoder, der lige nu studeres af eksperter fra hele verden.

SIDE 8



BOR DU DET RIGTIGE STED?

12.000 danskere rammes hvert år af en hjerneblødning eller en blodprop i hjernen. Bor du det rigtige sted i landet, kan du undgå invaliditet. Se hvor.

SIDE 10



Sundhedsvæsenet præget af ulighed

I Danmark har årtiers brede politiske flertal bag den førte økonomiske politik udjævnet økonomiske skel i samfundet. Der har været og er fortsat bred enighed om at tage hånd om samfundets svageste, og derfor er Danmark i dag blandt de lande, hvor der er størst økonomisk lighed. Grundlæggende passer det godt til vores lighedsstruktur, at samfundet hjælper de svageste, men i vores fokusering på økonomisk bistand er befolkningens sundhed – det vel nok mest basale – glemt fuldstændigt.

Vi er i dag et af de lande i EU med de dårligste sundhedsresultater, og hvad værre er, sundhedsområdet er præget af stor ulighed.

En gennemsnitsborger bosat i en af Københavns nordlige forstæder kan forvente at leve syv-otte år længere end en gennemsnitsborger på Københavns Vestegn, og et kig på data fra Danmarks Statistik giver et markant fingerpeg om, at forskellen i den gennemsnitlige levealder fortsat øges.

Otte år! Betyder det så meget, vil nogen formentlig spørge. Tja, den stort anlagte og meget omtalte velfærdsreform, som politikerne indgik forlig om før sommerferien, justerede tilbagetrækningsalderen med blot to år!

Men det ville være snæversynet blot at holde de otte år op mod den forhøjede tilbagetrækningsalder. Spørgsmålet er, om vi fortsat vil acceptere så store sociale forskelle i vor sundhed og levealder. Graver man dybere i tallene, vil det med stor sandsynlighed vise sig, at der er endnu større forskel i sygdomsfrie år mellem de rige, veluddannede og samfundets mindre velstillede og lavere uddannede borgere.

Og så betyder forskellene i sundhedstilstand og levealder langt mere. Danmark er i de kommende år formentlig "tvunget" til at finde yderligere måder, hvorpå antallet af hver enkelt borgers år på arbejdsmarkedet kan øges. Antallet af år på arbejdsmarkedet skal som bekendt udvides for at sikre øgede offentlige indtægter og dermed grundlag for, at der også er råd til velfærd for de kommende generationer.

Ydermere er spørgsmålet, om sygdomsfrie år og levealder af langt større betydning for de berørte familiers livskvalitet, så derfor er det naturlige spørgsmål hvorfor vi i

Danmark – et velhavende og demokratisk land – accepterer de store forskelle i sundhed.

Der er behov for en to-strengt indsats. De sidste mange års investeringsefterslæb på sundhedsområdet skal naturligvis indhentes. Det er næppe overraskende for ret mange, at de lave danske investeringer i sundhed og marginale årlige stigningstakter reelt ikke har givet sundhedsvæsenet den fornødne mulighed for at udvikle og tilpasse behandlingstilbud til alle danskere, uden hensyntagen til den enkelte persons uddannelse og økonomi.

Samtidig er der behov for en markant indsats for at opspore de mange borgere, som i løbet af nogle år kan risikere at blive rigtigt behandlingskrævende. Det er nødvendigt at komme i dialog med de borgere, der på grund af alder, forkert og for fed kost, rygning, for meget alkohol og for lidt motion er i risikogrupperne. Forsøget fra Ebeltoft viser, at folk gerne vil komme til helbredstjek, når lægen indkalder dem. Derudover viser forsøget, at der er noget at gå i gang med: For højt blodtryk, for højt kolesteroltal, uopdaget diabetes og overvægt er topscorere.

Der er brug for effektiv og personlig dialog mellem sundhedsvæsenet, i første omgang mellem den praktiserende læge og den enkelte borger. En dialog som skal give mulighed for et sundhedstjek og individuel rådgivning om livsstilsændringer og mulighed for behandling som supplement til de, der har det behov.

Vort samfund bygger naturligvis på den enkelte borgers fundamentale ret til selv at vælge livsstil. Men valget af livsstil og konsekvenserne af dette valg skal ske på et oplyst grundlag. Det kan ikke klares med en pamflet på biblioteket og et reklamespot.

Ida Sofie Jensen
Adm. direktør, Lægemedelindustriforeningen



medicin&mening

Udgives af:
Lægemedelindustriforeningen
Strødamvej 50A
2100 København Ø
Tlf. 39 27 60 60
Fax 39 27 60 70
www.lif.dk

Redaktion:
Lars Bech (ansv.)
Karina Haugaard Larsen
Kirsten Illum (korrektur)
Redaktionen kan kontaktes på
mailadressen nyhedsbrev@lif.dk

Layout og produktion
www.parno1.dk

Oplag:
12.000 stk.

Nyhedsbrev:
Lægemedelindustriforeningen
udgiver også nyhedsbrevet
medicin & mening/brief.
Abonnement er gratis og kan
tegnes på www.lif.dk

Mere kvalitet for pengene

Om 100 dage afløser fem nye regioner de nuværende 14 amter. Regionerne får ansvaret for store dele af sundhedsområdet. Avisen medicin & mening har mødt regionernes nye førstemand til en snak om sundhed og prioriteringer.

De fleste kender ham i forvejen. Amtsborgmester Bent Hansen fra Viborg er allerede valgt som regionsformand i Region Midtjylland, en af de fem nye regioner som Danmarkskortet inddeles i fra årsskiftet, og er desuden valgt til formand for Danske Regioner, paraplyorganisationen for de fem regioner.

Bent Hansen hører til én af dem, der ved mest om sundhedspolitik i Danmark, og det er en viden, der bliver god brug for hos regionerne, fordi det er her, sundhedstilbudene til borgerne, sygehusenes drift og store dele af den forebyggende indsats fremover skal tilrettelægges. Det gør samtidig Bent Hansen til en af de personer, der har størst indflydelse på det danske sundhedsvæsen. Derfor har medicin & mening bedt Bent Hansen om at fortælle om de kommende udfordringer på sundhedsområdet.

Hvad er det, vi som borgere og patienter skal kunne forvente os af det danske sundhedsvæsen?

»Først og fremmest skal vi forvente et sundhedsvæsen i international topklasse. Det kræver nogle strukturelle ændringer, og det kræver, at vi løfter investeringerne, så vi efterkommer det investeringsefterslæb, som sundhedsområdet er omfattet af. Det investeringsmæssige efterslæb bliver hovedtemaet for økonomiforhandlingerne med staten i 2007. Vi tog fat på det i år, men på grund af overophedning i byggeriet har vi ikke løftet opgaven fuldt ud. Samtidig står vi over for nogle markante strukturelle udfordringer. Der er stadig mange sygehuse, der ligger, som de ligger, fordi det nu en gang var hensigtsmæssigt, dengang man kørte med hestevogn. Grundstenene til et moderniseret sundhedsvæsen er lagt med etableringen af de nye regioner. Samtidig må vi erkende, at vi "slæber"

rundt med nogle bygningsmæssige rammer, som for en pæn dels vedkommende er bygget for 30-40-50 år siden til dagens sygehusvæsen, hvor det drejede sig om at komme ind og ligge i en seng. Det er det, vi kalder hotelfunktionen. Fremtidens sygehus- og sundhedsvæsen er baseret på behandlerfunktionen.«

Derfor vil Bent Hansen presse på for, at Danske Regioner hurtigt får formuleret en investeringsplan for de kommende 5-10 år. Den langsigtede plan skal afløse de nuværende et-årige investerings- og anlægsplaner, som ellers er udbredte.

»Jeg er enig med medicinindustrien i, at vi har forsømt mange investeringer i sundhedsvæsenet i en række år. Dilemmaet har jo været, at de investeringer, hvor effekten først kan ses efter 5-10 år, ikke har givet genvalg til politikerne ved næste valg. Dermed har politikerne selv stået i vejen for at tilpasse sundhedsvæsenet til borgernes forventninger. Vi kommer til at erkende, at borgerne efterspørger én ting: Høj kvalitet. Folk vil, når de virkelig bliver syge, derhen, hvor de får den faglige, rigtige behandling. Og det kræver samling af mange specialer på få, men veludbyggede sygehuse. Hvis for eksempel en patient kommer ind med ondt i maven, så kan det jo være et symptom på mange forskellige ting. Det kan være nyreproblemer, det kan være leverproblemer, det kan være noget med tarmsystemet. Er patienten en mand, kan det være noget med "vandværket", hvis det er en kvindelig patient, kan det være noget med livmoderen og så videre og så videre. Det betyder, at der skal være mange specialister samlet på et sted,« påpeger Bent Hansen og henviser til en overordnet målsætning om, at den enkelte patient skal opleve, at der er sammenhæng i behandlingen.

>>

»Jeg er enig med medicinindustrien i, at vi har forsømt mange investeringer i sundhedsvæsenet i en række år. Dilemmaet har jo været, at de investeringer, hvor effekten først kan ses efter 5-10 år, ikke har givet genvalg til politikerne ved næste valg. Dermed har politikerne selv stået i vejen for at tilpasse sundhedsvæsenet til borgernes forventninger, « siger Bent Hansen.



» Vi har et behandlingsmæssigt efterslæb, som skal løftes ved at øge investeringerne til det europæiske gennemsnit. «



Sundhed i verdensklasse

Hvad er det så, patienterne kan forvente, når du siger "høj kvalitet" og "sundhedsvæsen i verdensklasse"?

»Lad mig først sige, at vi skal være bedre til at måle vores output. Vi skal være gode til at dokumentere, at det, vi rent faktisk gør, også løfter kvaliteten. Hjerterplanen fra 1998 er et godt eksempel. Vi fandt lige pludselig ud af, at vi med by-passoperationer, de såkaldte ballonudvidelser, var kommet bagud i forhold til internationalt niveau. Den kvalitet, vi leverede på hjerterområdet, var reelt ikke god nok. Med gennemførelsen af hjerterplanen kan vi nu, her 7-8 år efter, dokumentere, at vi er på europæisk niveau. Vi har brugt mange ressourcer på at diskutere og måle effektivitet og produktivitet, både internt i amterne og i vore forhandlinger med Lars Løkke Rasmussen og Thor Petersen. Fremover skal vi også kunne dokumentere output i form af kvaliteten af sundhedsydelse. En ting er, at man kan få 20 hofteoperationer banket igennem inden for kort tid. Men hvis der lige pludselig viser sig komplikationer ved de 5 operationer, så er det åbne spørgsmål, om det ikke er bedre at gennemføre 19 hofteoperationer med den rigtige høje kvalitet.«

Det lyder fornuftigt, men igennem flere år, og senest i regeringens forslag til finanslov for 2007, forventes der stadigvæk produktivtetsforbedringer. Faktisk hvad der svarer til to procent. Er det realistisk?

»Det er realistisk! Det er, hvad vi har præsteret de seneste 3 år. Det skyldes flere ting. Vi opnår hele tiden faglige forbedringer via nye og bedre behandlingsmetoder. Samtidig har vi omlagt behandlingerne fra indlæggelse til ambulat behandling, som selvfølgelig er mulig takket være mere skånsomme behandlingsformer, som har givet reelle produktivtetsforbedringer. Flere af de nye behandlingsformer kræver dog in-

vesteringer i ny teknologi. Lige nu er der overophedning i byggeriet. Men der er ingen flaskehalse på nye MR-scannere, der er ingen flaskehalse på CT-scannere, der er ingen flaskehalse på strålekanoner og så videre. Derfor skal vi investere strategisk, så vi både løfter fagligheden og samtidig sikrer, at der opnås produktivtetsforbedringer ved meget nyt udstyr, fordi nyt udstyr ofte også har større behandlingsskapacitet. I nogle tilfælde kan dette også medvirke til et bedre arbejdsmiljø. Måske kan en øget investering på et område med for eksempel 5 procent øge behandlingsskapaciteten med 10 procent.«

Men der bliver jo også flere og flere patienter! Kan det klares ved produktivtetsforbedringer?

»Nej! Vi har et behandlingsmæssigt efterslæb, som skal løftes ved at øge investeringerne til det europæiske gennemsnit, men samtidig er der en udfordring i, at vi bliver flere og flere danskere. Velfærds-kommissionen har beregnet, at der i år 2040 vil være 400.000 flere danskere over 65 år, end tilfældet er i dag. Det vil sige 400.000 flere danskere i "reparationsalderen", fordi de har kroniske sygdomme, fordi de har diabetes, mange har lunge-sygdomme, nogle har gigtlidelser, nogle har hjerteproblemer og ... «

Mere forebyggelse

Betyder det så, at vi skal være bedre til at forebygge?

»Det bliver en af de nye store udfordringer for regionerne sammen med kommunerne at tilrettelægge den forebyggende indsats. Og vi skal langt ud. Der er ikke nogen, der gider at se på den løftede pegefinger. Derfor skal vi i dialog på arbejdspladserne og ud i organisationerne og fagforeningerne, hvor vi skal have folk til selv at etablere løbeklubber og til at skabe fællesskaber, hvor motion

bliver sjovt. Den største udfordring er at få fat i de sidste 20 procent af befolkningen. Det er i gruppen af socialt udsatte, at der er større tendens til overvægt, men det er også den gruppe, hvor der er flere rygere end i resten af befolkningen. Det bliver næsten umuligt at få fat i alle, men kan vi blot få 15 ud af de 20 procent ind i en positiv sundhedsspiral, så er jeg glad. Hvis jeg som politiker kommer med budskaberne, får jeg jo hurtigt at vide, at »ja, ja... dig gider vi ikke høre på...« derfor skal vi kommunikere anderledes. Altså hvordan får vi, for eksempel sammen med fagforbundet 3F, gjort en indsats for løfte den gennemsnitlige levealder i Danmark.«

Du opfordrer til, at en større del af den forebyggende indsats sker på arbejdspladserne. Antallet af sundhedsforsikringer er stigende, og langt den overvejende del betales af virksomhederne. Er det fordi, virksomhederne er ekstra ansvarlige eller fordi, der er utilfredshed med de offentlige sundhedstilbud?

»Det er da paradoksalt, at vi i Danmark lige nu har en ventetidsgaranti på to måneder, og fra 1. oktober 2007 er ventetidsgarantien på fire uger. Det betyder, at der ikke er et europæisk land, hvor der er så kort ventetid. Fire uger er faktisk ikke lang tid. Hvis du skal have foretaget en kikkertoperation af dit knæ, skal du have det til at passe med dit arbejde og din familie. Så med en sundhedsforsikring betaler man faktisk to gange for et ordentligt sundhedstilbud. Så det der med forsikringer, det er lidt sjovt. Det må folk gøre, som de vil, jeg er stort set ligeglad.«

Når politikerne på Christiansborg taler om velfærdsreformer, er der ikke et ord om sundhed. Er det også en udfordring for regionerne?

»Det er paradoksalt, at sundhed, som er en af grundpillerne i velfærds-samfun-

det, ikke indgår naturligt i velfærdsdrøftelserne. Men hvis du går ind i en dagligstue og drikker en kop kaffe og snakker, så drejer det sig lynhurtigt om sundhed. Derfor skal regionerne være en troværdig politisk spiller. Vi skal dokumentere, at vi vil den bedste kvalitet for borgerne, og med det som afsæt skal vi kunne argumentere for, at 8,5 procent af BNP ikke er tilstrækkeligt til at udbygge og vedligeholde et moderne sundhedsvæsen, men at de 8,5 procent af BNP, vi bruger i dag, skal løftes til 10 procent. Som regional politiker har jeg et ansvar for at dokumentere, at jeg bruger pengene fornuftigt, og kommer der en ny udgift, er jeg jo nødsaget til, hvis jeg er ansvarlig, at se, om jeg selv kan finde finansieringen. Det kan jo ikke hjælpe, at jeg hver gang stiller mig op på Slotspladsen og råber til finansministeren. Jeg vil gerne have, at patienterne får adgang til de nye lægemidler, men det er også min rolle at være kritisk. Jeg er fair, men fedtet. Jeg skal have mest muligt ud af pengene. Samtidig skal jeg skaffe plads for også at fase ny medicin ind i behandlingen, og jeg ved godt, at der er flere, der skal have medicin i fremtiden. Vi kommer til at se flere screeninger og sundhedstjek i fremtiden, men vi skal finde en balance for, hvor mange ressourcer vi vil bruge på at fortælle raske folk, at de ikke fejler noget. På nogle områder er det dog nødvendigt, for eksempel screeningsprogrammer for forhøjet blodtryk og forhøjet kolesterol-tal.«

Bent Hansen er ud over at være formand for Region Midtjylland også formand for foreningen Danske Regioner. Danske Regioner er interesseorganisation for de fem danske regioner – Region Nordjylland, Region Midtjylland, Region Syddanmark, Region Sjælland og Region Hovedstaden.

m/m



» Det er paradoksalt, at sundhed, som er en af grundpillerne i velfærdssamfundet, ikke indgår naturligt i velfærdsdrøftelserne, « fastslår Bent Hansen.

Sundhedsvæsenet til debat

Lægemedelindustriforeningen samlede i maj en lang række eksperter fra ind- og udland til en diskussion af, hvordan vi møder fremtidens udfordringer på sundhedsområdet.

Under titlen "Hvordan skaber vi danske sundhedsresultater i verdensklasse?" havde Lif taget initiativ til at samle en række nøglepersoner fra sundhedsvæsenet til debat om den danske sundhedspolitik. Baggrunden for konferencen var den kedelige kendsgerning, at de danske sundhedsresultater halter væsentligt efter de lande, vi normalt sammenligner os med. 180 repræsentanter fra alle dele af det danske sundhedsvæsen – kommunerne, de kommende regioner, lægemiddelvirksomhederne, patientfor-

eningerne og lægerne – tog imod Lifs opfordring om at diskutere de aktuelle og kommende udfordringer og visioner på sundhedsområdet.

Præsentationerne fra konferencen kan ses eller genses på www.lif.dk.

Lif har udarbejdet debatoplægget "Den forsømte sundhed". Oplægget kan læses på www.lif.dk eller bestilles på info@lif.dk.

m/m



Når strukturreformen træder i kraft til nytår, får de nye storkommuner ansvaret for det forebyggende sundhedsarbejde. Det betyder, at sundhed skal tænkes ind i et længere perspektiv.

»mening«



Kristian Lund
Chefredaktør
Dagens Medicin

»Jeg synes, at Lif havde sammensat et godt program, som på troværdig vis var med til at udpege nogle af de problemer, der er i den danske sundhedssektor. De danske sundhedsresultater er ikke gode. Forklaringen er mange års underprioritering. Vi er en nation af skeptikere – ikke bare på sundhedsområdet – men også på andre områder. Det betyder, at vi godt kan lide, at andre har afprøvet tingene, inden vi giver os i kast med dem. Det spiller også en rolle. For at skabe bedre sundhedsresultater i Danmark mener jeg, at der er behov for, at vi angriber problemerne i en prioriteret rækkefølge. Vi har set gode resultater på kræftområdet, hvor man har haft et konkret mål med kræftplanerne. Den fremgangsmåde kan man godt bruge andre steder – eksempelvis på hjerteområdet. Det glæder mig i øvrigt, at der med regeringens nylige aftale med Danske Regioner ser ud til, at der er ved at komme en vis fornyelse i regeringen om, at der skal flere penge til sundhedssektoren.«



Lis Callesen
Sundhedspolitisk
konsulent i Pfizer
Danmark

»Vi er i Danmark ikke gode nok til at forebygge, og det har man også taget konsekvensen af med den nye strukturreform, hvor ansvaret for forebyggelsen bliver lagt ud til kommunerne. De ser frem til at overtage opgaven, og jeg tror, at det fremover vil blive en konkurrenceparameter for kommunerne, at de har en ordentlig sundhedspolitik. Vi vil alle gerne leve sundt og så længe som muligt. Men derudover mangler vi at få forebyggelsen organiseret i hele sundhedsvæsenet, så der er sammenhæng i forløbene – den systematiske tilgang til sundhed, hvor vi arbejder standardiseret med sundhed og sygdom. Det håber jeg kommer i forbindelse med strukturreformen. Danmark tøver med at indføre ny teknologi, og det er et problem. Man skal ikke altid springe først på vognen, men man skal heller ikke vente til fem år efter de lande, vi normalt sammenligner os med. Hvis noget fungerer i f.eks. Norge eller Sverige, så er danskerne nok ikke så forskellige derfra. Endelig er der behov for øgede investeringer på området. Hvis vi investerer og er ambitiøse, så kommer Danmark i verdensklasse, hvad angår sundhedsresultater.«



Kasper Tingkær
Sekretariatsleder
i Depressionsforeningen

»Jeg føler mig overbevist om, at de resultater der blev lagt frem på konferencen, er en stor del af sandheden – at man simpelthen investerer for lidt i forskningen og sundhedsvæsenet generelt. Særligt inden for min verden – psykiatri – er der behov for at rette op på tingene, men det virker som om, at der hele vejen rundt mangler ressourcer. Manglende ressourcer er en stor del af grunden til, at vi har så dårlige sundhedsresultater i Danmark, og det er også det, der er med til at skabe grobund for den store private sundhedssektor. Passer man ikke på, kan det betyde stigende ulighed og en svækkelse af princippet om den lige adgang til behandling i sundhedsvæsenet. Det vil være et problem, særligt for de svageste patienter.«



Bent Frederiksen
Næstformand
i Dansk Horton
Hovedpineforening

»Jeg synes, at Lif havde fået samlet et godt panel, og at man kom vidt omkring. Jeg er jo lægmand, men jeg synes, at der på flere punkter kom løsningsmuligheder frem, som jeg i hvert fald ikke kunne forudsige. Her tænker jeg blandt andet på Kaiser Permanente, der som non-profit sundhedsorganisation i USA skaber gode resultater med nytænkning. Jeg finder det meget foruroligende, at vi i Danmark – på nogle områder – har så dårlige sundhedsresultater, og måske står det endda lidt værre til, end man havde forestillet sig. Før i tiden var vi et af de bedste lande, men det er vi nok alle sammen klar over ikke længere er tilfældet. Når det så er sagt, må jeg indrømme, at jeg blev lidt overrasket over at høre, at man trods alt havde fået så meget ud af pengene. Jeg fornemmer, at der generelt er stor afstand mellem beslutningstagerne på det her område og dem, der til dagligt færdes i miljøet. Alt bliver regnet på, hvad der står på bundlinjen, men man kan jo ikke få noget for ingenting. Som repræsentant for en patientforening ser man jo gerne ens egne interesser fremhævet, og jeg noterede mig da også, at patientforeningerne som helhed blev nævnt flere gange. Men denne konference hævdede sig over egne snævre interesser, forhåbentlig også til glæde for de mange patientforeninger.«

Forebyggelse uden ekstra omkostninger

Det kan økonomisk betale sig at tilbyde danske borgere helbredsundersøgelser og -samtaler. Det er hovedkonklusionen på "Sundhedsprojekt Ebeltoft", hvor mere end 2.000 personer deltog.

Fakta om "Sundhedsprojekt Ebeltoft"

Sundhedsprojektet startede i 1991/92, hvor 2.000 mennesker fra 30 til 50 år blev inviteret til at deltage i en videnskabelig undersøgelse om interessen for og virkningen af helbredsundersøgelser og -samtaler. Fokus var på de positive såvel som de negative virkninger for det psykiske og fysiske helbred samt de sundhedsøkonomiske omkostninger. Undersøgelsen varede til 1997/98, således at virkningerne kunne vurderes over fem år.

For at kunne vurdere effekten af helbredsundersøgelser og -samtaler på en videnskabelig måde, var det ikke alle deltagerne, som fik dette tilbud. Ved lodtrækning blev 2/3 af deltagerne tilbudt helbredsundersøgelser og -samtaler, og resultaterne fra den gruppe blev sammenlignet med de, der ikke fik tilbudet, for at se om der var helbredsmæssige forskelle mellem de to grupper fem år senere.

Tal fra Verdenssundhedsorganisationen, WHO, viser, at 40 procent af al sygdom og tidlig død skyldes livsstilsfaktorerne usund kost, rygning, alkohol og fysisk inaktivitet samt faktorer som dårligt miljø, særligt dårligt arbejdsmiljø.

WHO vurderer, at 70 procent af alle sygdomme i den vestlige verden i år 2020 vil være forårsaget af livsstilsfaktorer.

Der er derfor god grund til at fokusere på forebyggelse af visse sygdomme, særligt hjertekarsygdomme, type 2-diabetes, visse kræftsygdomme, knogleskørhed, visse muskel- og skeletsygdomme, overfølsomhedssygdomme, visse psykiske lidelser og kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), i daglig tale også kaldet rygerlunger.

»Regeringen har opstillet nationale mål for folkesundheden 2002 til 2010 i programmet "Sund hele livet",« siger professor, dr.med. Torsten Lauritzen, Institut for Folkesundhed på Aarhus Universitet og henviser til regeringsprogrammets målsætninger: »Målene er flere gode leveår for alle – i alle aldre, markant øget middellevetid, højere livskvalitet og reduceret social ulighed.«

Med strukturreformens markant færre, men større kommuner bliver det kommunernes ansvar at varetage den forebyggende indsats. Endnu er der dog stadig tvivl om, hvordan kommunerne skal løfte denne nye opgave.

Forsøg i Ebeltoft

Det ændrer sig imidlertid nu, for med det nyligt afsluttede "Sundhedsprojekt Ebeltoft" er der for første gang samlet sammenlignelige erfaringer med virkningen af at tilbyde befolkningen helbredsundersøgelser og -samtaler hos de praktiserende læger.

»Problemet er, at der hidtil har manglet viden om, hvorledes man effektivt motiverer befolkningen til livsstilsændringer«, siger Torsten Lauritzen, der har fulgt "Sundhedsprojekt Ebeltoft" tæt fra begyndelsen i 1991/1992.

»Hovedresultatet af "Sundhedsprojekt Ebeltoft" er, at praktiserende læger, ved at tilbyde helbredsundersøgelser og -samtaler over en fem-årig periode, kan halvere antallet af personer, som har høj risiko for hjertekarsygdomme, uden at det skaber en negativ psykisk påvirkning,

og uden at de sundhedsøkonomiske udgifter stiger.«

De indledende helbredsundersøgelser bestod af måling af højde, vægt, kondital, hjertekurve (ekg), lungefunktion, syns- og høreevne samt blod- og urinprøver til vurdering af leverfunktion, nyrefunktion, blodsukker, kolesterol og protein i urinen. To uger efter helbredsundersøgelsen fik deltagerne et skriftligt svar fra deres egen læge. Svaret indeholdt ingen påbud, men foreslog muligheder for, hvordan en given risiko kunne nedbringes.

Og ifølge professor Lauritzen var der et godt grundlag at arbejde ud fra:

»Der blev påvist en eller flere risikofaktorer hos 76 procent af deltagerne: 11 procent fik at vide, at de havde høj eller meget høj risiko for hjertekarsygdomme, 10 procent at de havde forhøjet kolesterol, 10 procent at de havde forhøjet blodtryk, 4 procent at de havde nedsat lungefunktion, 13 procent at de havde forhøjede levertal, 2 procent at de kunne have diabetes (sukkersyge), 16 procent at de var svært overvægtige, 37 procent at de havde kulilte i blodet (rygning), 30

procent at de havde lavt kondital, 12 procent at de havde problemer med synet, og 19 procent fik at vide, at hørelsen var påvirket i en sådan grad, at det kunne være vanskeligt at forstå en samtale, når flere talte samtidigt.

Halvdelen af de helbredsundersøgte fik efter lodtrækning en fast aftale om en samtale på 45 minutter med egen læge, mens den anden halvdel blev opfordret til at henvende sig til egen læge til en almindelig konsultation, hvis der var fundet noget betænkeligt ved undersøgelsen, eller hvis man følte sig syg på trods af, at man blev vurderet til at være i lav risiko.

»Stort set alle, som fik tilbudt den forebyggede samtale i 1991/92, mødte op. Igennem de efterfølgende fem år fik deltagerne i denne gruppe desuden tilbudt en årlig behovsbestemt samtale af 30 minutters varighed. Det viste sig, at der ikke var et stort behov for de efterfølgende samtaler. Efter fem år var der ikke forskel i helbredsrisici mellem de, som fik tilbudt en 45 minutters samtale med mulighed for årlig opfølgning og de, som blev anbefalet almindelige konsultationer,« fastslår Torsten Lauritzen og fortsætter: »Samtalerne tog udgangspunkt i deltagerens individuelle behov. De blev bedt om at forberede spørgsmål, som skulle diskuteres med lægen, og ved afslutning af samtalen blev den enkelte deltager bedt om at opstille højst tre mål for eget helbred det kommende år.«

35 procent af deltagerne opsatte en målsætning om øget fysisk aktivitet, 30 procent havde som målsætning at gennemføre vægtreduktion, 20 procent ville stoppe med at ryge, 16 procent ville ændre i kostsammensætningen, mens de resterende ønskede andre fritidsvaner, drikke mindre og søge mindre stresset arbejde.

Resultatet

Hjertekarsygdomme er meget hyppige i den danske befolkning. Resultater fra undersøgelsen i Ebeltoft viser, at andelen med høj eller meget høj risiko for hjertekarsygdomme efter fem år var 19 procent blandt de deltagere, som ikke fik tilbudt helbredsundersøgelser og -samtaler, mens den kun var 10 procent blandt de, som fik tilbudet. Blandt overvægtige var risikoen for hjertekarsygdomme 47 procent blandt de, der ikke deltog i helbredsundersøgelser og samtaler, og 22 procent blandt de, der deltog. De tilsvarende tal for rygere var 29 procent og 17 procent.

Et opsigtsvækkende resultat, som glæder professor Torsten Lauritzen:

»Undersøgelsen viser altså, at forebyggende helbredssamtaler og helbredsundersøgelser kan betale sig, da der er en klar reduktion i andelen med høj eller meget høj risiko for hjertekarsygdomme, og reduktionen er oven i købet størst hos de personer, som i starten havde højst risiko, nemlig de overvægtige og rygere.«

Men blev deltagerne så mere syge eller sygeliggjorte af at være med i "Sundhedsprojekt Ebeltoft?"

»Det blev vurderet på flere måder. Deltagerne blev i et anonymt besvaret spørgeskema bedt om at vurdere, om deres deltagelse i "Sundhedsprojekt Ebeltoft" havde haft en negativ indvirkning

på dem. 5 procent blandt de, der deltog i helbredsundersøgelse og helbredsamtale, svarede bekræftende, mens 7 procent svarede bekræftende blandt de, som ikke blev tilbudt helbredsundersøgelser. På spørgsmålet om hvorvidt deltagelse i projektet havde haft en positiv indvirkning, svarede 17 procent af de, der ikke deltog i samtaler og undersøgelser bekræftende, mens 42 procent og 54 procent svarede bekræftende blandt de, som blev helbredsundersøgt med efterfølgende konsultation eller helbredsamtale. Desuden blev deltagerne både i starten og efter fem år bedt om at besvare spørgsmål om livskvalitet, og ingen – hverken undersøgte eller ikke-undersøgte – havde forringet livskvalitet.«

Økonomiske konsekvenser

Institut for Sundhedsvæsen (DSI) har sammen med Institut for Almen Medicin på Aarhus Universitet og Center for Medicinsk Evaluering og Teknologivurdering beregnet de sundhedsøkonomiske omkostninger, og konklusionen på "Sundhedsprojekt Ebeltoft" er ganske positiv.

For den gruppe af mænd og kvinder, der fik tilbudt helbredsundersøgelser og -samtaler, er den økonomiske analyses konklusion, at der er "signifikant bedre effekt i form af flere vundne leveår, opgjort over en 5-årig periode" sammenlignet med den gruppe, som ikke fik dette tilbud. Beregningen af omkostningerne viser under de givne forudsætninger, at over en 6-årig periode beløber de direkte omkostninger i sundhedsvæsenet sig til 21.200 kr. pr. person, der får helbredsundersøgelser og -samtaler, mens omkostningerne til de, som ikke får tilbudet, er 27.300 kr. pr. person.

Der er således ikke tvivl om, at undersøgelsen fra Ebeltoft viser, at tilbudet om helbredsundersøgelser og -samtaler er økonomisk attraktivt for samfundet, men som i alle analyser af denne type skal resultatet tages med de nødvendige forbehold. Blandt andet forbehold for, om de folk, der har været til helbredsundersøgelse, fortsætter deres sundere levevis.

»Det, vi kan konkludere på baggrund af forsøget i Ebeltoft, er, at det ikke ser ud til at være dyrere for samfundet at gennemføre sundhedstjek. Folk får faktisk et bedre helbred, og de vinder nogle leveår,« siger projektleder Susanne Reindahl Rasmussen fra Institut for Sundhedsvæsen og henviser til, at de vundne leveår er beregnet på baggrund af en række forudsætninger, og hvis de forudsætninger ikke holder, så ændrer det konklusionen. I øvrigt skal man huske på, at det ikke er sikkert, at effekten holder resten af livet, idet nogle muligvis falder tilbage til tidligere adfærd,« slutter Susanne Reindahl Rasmussen.

Fra årsskiftet er det landets kommuner, der har hovedansvaret for den forebyggende sundhedsindsats i Danmark. Endnu er det forebyggende arbejde ikke tilrettelagt, men med den økonomiske aftale mellem KL og staten er det fastlagt, at der skal igangsættes et udvalgsarbejde med deltagelse af både KL og Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Udvalget skal udarbejde forslag til, hvordan sundhedsfremme- og forebyggelsesperspektivet kan inddrages i alle dele af de nye kommuners virke.

m/m

Eksempel: Jævnlig kontrol er forudsætning for forebyggelse

Hvis alle borgere over 40 år hvert år fik målt deres blodtryk hos lægen, ville det næsten halvere antallet af blodpropper og blødninger i hjernen. Det ville samtidig betyde, at mange borgere kunne undgå livsvarige mén og handicap, og nogle ville blive reddet fra at dø.

Halvdelen af de hen ved 12.000 årlige tilfælde af blodpropper i hjernen eller hjerneblødninger kan forebygges, fordi forhøjet blodtryk er den vigtigste risikofaktor for udvikling af netop hjerneblodpropper og hjerneblødning. Ydermere lider mindst 600.000 danskere af for højt blodtryk.

Derfor er der brug for en blodtrykshandlingsplan. Det mener den landsdækkende forening for mennesker ramt af blodpropper eller blødninger i hjernen HjerneSagen. Foreningen har udarbejdet en blodtrykshandlingsplan, der blandt andet opfordrer til, at alle borgere skal have lige adgang til såvel forebyggelse som blodtryksnænkende medicin.

Første skridt til bedre behandling er at give borgerne kendskab til deres blodtryk.

»Antallet af slagtilfælde vil kunne nedbringes fra 12.000 til 6.000 årlige tilfælde, hvis forebyggelsen bliver forbedret. I dag er der alt for få, der kender deres eget blodtryk,« fastslår direktør i HjerneSagen Lise Beha Erichsen, der ønsker en målrettet og klar kommunikation baseret på videnskabelig evidens.

HjerneSagens forslag om en blodtrykshandlingsplan får opbakning fra flere fremtrædende eksperter.

Hans Ibsen er overlæge på Amtssygehuset i Glostrup og blandt de læger i Danmark, der kender mest til behandling af patienter med blodpropper i hjernen eller hjerneblødning:

»Af mange grunde skal vi selvfølgelig tilstræbe en sund livsstil, men det er meget usikkert, i hvor høj grad vi kan forebygge forhøjet blodtryk ved at leve sundt. Der er kun én vej til erkendelse af forhøjet blodtryk, og det er at måle det. Det er ikke ensbetydende med, at alle mennesker, der har et let forhøjet blodtryk, skal i medicinsk behandling, men hvis et halvt års sund livsstil for eksempel ikke har virket, så vil det være både ufornuftigt og uforsvarligt ikke at behandle de personer medicinsk,« fastslår Hans Ibsen.

Samme synspunkt har formanden for Dansk Hypertensionsselskab, overlæge dr.med. Tage Lysbo Svendsen:

»Det er ikke uden grund, at forhøjet blodtryk bliver kaldt for "den stille dræber". Det er den store skyldner i forhold til blodpropper i hjernen. Når det kommer til måling af blodtrykket, har vi en god, præcis test,« påpeger Tage Lysbo Svendsen.

m/m

Hovedindholdet i HjerneSagens handlingsplan er:

1. Den enkelte borger skal kende sit blodtryk
2. Alle borgere skal have let adgang til at få målt deres blodtryk
3. Alle borgere skal have lige og nem adgang til blodtryksnænkende behandling
4. Alle borgere skal kende de vigtigste risikofaktorer forbundet med hjerneblodpropper
5. Kendskab til advarselstegn ved hjerneblodprop
6. Alle med fortilfælde af hjerne- eller hjerteblodprop i familien skal, senest når de fylder 40 år, have tilbudt en risikoudredning
7. Alle, der rammes af en hjerneblodprop, skal tilbydes en særlig indsats for at undgå blodpropper
8. Alle rygere skal informeres om mulighederne for rygeafvænning
9. Adgang til motionstilbud for hele befolkningen – uanset alder
10. Let adgang til rådgivning om sund kost

Sammenhængende sundhedsvæsen skaber resultater

Den amerikanske, non-profit sundhedsforsikringsorganisation Kaiser Permanente går systematisk til værks, når det gælder forebyggelse og behandling af organisationens medlemmer.

Og netop den systematiske tilgang får danske eksperter til i stigende grad at rette blikket mod Kaiser Permanente.



Direktør i Kaiser Permanente Guy Chicoine var blandt indlægsholderne på den sundhedspolitiske konference, som Lif stod bag tidligere på året.

Behandling i verdensklasse, som er til at betale. Det lyder umiddelbart som et paradoks og ikke noget, som normalt forbindes med USA. Men sundhedsorganisationen Kaiser Permanente, med base i Californien, bryder med den gængse opfattelse af, at det primært er de velhavende i USA, der har råd til ordentlig sundhedsbehandling. Kaiser Permanente tilbyder sine 8,5 millioner medlemmer både forebyggelse, sundhedstjek, diagnostik og behandling af en meget høj kvalitet – til lav pris. Medlemmerne tilhører fortrinsvis den lavere del af den amerikanske middelklasse.

Sammenhængende sundhedsvæsen

Når Kaiser Permanente kan tilbyde førsteklasses behandling til lav pris, hænger det blandt andet sammen med den måde, virksomheden og patientforløbene er organiseret på. Kaiser Permanente er både en sundhedsorganisation og et forsikringselskab, og som noget unikt er de to dele fuldt integrerede.

»Integrationen mellem forsikringsdelen og behandlingsdelen i Kaiser Permanente gør, at vi fokuserer mere bredt på forebyggelse, end man traditionelt gør,« siger direktør i Kaiser Permanente Guy Chicoine og fortsætter »I stedet for først at gribe ind når folk er blevet syge, forsøger vi at forebygge sygdomme, så både vi og patienten i sidste ende undgår dyre hospitalsindlæggelser, genoptræning, tabt arbejdsfortjeneste og andre udgifter, som følger i kølvandet på sygdomme, for slet ikke at tale om de personlige omkostninger, vi kan spare de enkelte patienter for ved at opdage sygdomme, inden de udvikler sig.«

For at sikre det mest effektive og sammenhængende patientforløb følger alle Kaiser Permanentes medarbejdere de samme kliniske retningslinjer, ligesom der på nuværende tidspunkt er blevet indført elektroniske patientjournaler i cirka halvdelen af Kaiser Permanentes regioner. Der bliver løbende gennemført kvalitetsmålinger af, hvor tilfredse

medlemmerne er med den behandling, de modtager hos de enkelte læger, og målingerne bliver blandt andet brugt til at differentiere lægernes løn. Endelig er læger i både primærsektoren og på sygehusene ansvarlige for de enkelte patientforløb. Alle disse tiltag koster penge – mange penge – men når Kaiser Permanente alligevel kan sikre det økonomiske grundlag, skyldes det i høj grad, at en del af behandlingen er flyttet fra de dyre hospitaler ud til tværfaglige sundhedscentre, hvor der er både familielæger, speciallæger og andet sundhedspersonale tilknyttet.

Dokumentation er vigtig

Kaiser Permanente bestræber sig på at registrere så meget som muligt af både den kliniske proces og af de efterfølgende resultater. Det er netop gennem måling og registrering, at Kaiser Permanente bliver i stand til at fokusere på forbedringer. Effektiv dataindsamling og registreringsprocesser er ifølge Guy Chicoine essentielt, hvis Danmark skal udvikle sit sundhedsvæsen.

»You manage what you measure! Kun når man præcist kender effekten af ens nuværende indsats, kan man begynde at udvikle et mere effektivt system med mere sundhed til følge. Det er ikke alt, der umiddelbart lader sig måle, så man kan bruge det i statistisk øjemed, men man kan altid få input og feedback fra patienterne,« siger Guy Chicoine, der dog godt er klar over, at ikke alle Kaiser Permanentes erfaringer kan overføres direkte til de noget anderledes danske forhold. Alligevel har Guy Chicoine forslag til, hvad der skal til for, at Danmark får et bedre sundhedsvæsen.

»Hvis jeg skal komme med forslag til, hvordan Danmark får et bedre sundhedsvæsen, så ville jeg fokusere på forebyggelse og på at belønne både sundhedspersonale og patienter for deres forebyggende arbejde. Hvis man derudover kunne forestille sig en eller anden form for konkurrence baseret på kvalitet, patientsikkerhed og patienttilfredshed,

Største non-profit organisation

Kaiser Permanente beskæftiger 151.300 medarbejdere i 9 stater. Organisationen driver 37 hospitaler og sundhedscentre, 431 lægekonsultationer og gennemfører hvert år 450.000 operationer og 85.000 fødsler. Kaiser Permanente omsætter for 31,1 milliard US dollars om året og er USA's største non-profit sundhedsorganisation.

Læs mere om Kaiser Permanente på: www.kaiserpermanente.org

ville man have et incitament til at drive udviklingen frem i Danmark. Kaiser Permanente klarer sig godt i øjeblikket, fordi konkurrencen hele tiden tvinger os til at gøre tingene på de mest effektive måder. Vi har ikke svar på alle spørgsmål, men jeg synes, at vi har fundet en god model. Alligevel er der mange ting, der kan forbedres, men hvis vi ventede på de perfekte svar, ville vi komme til at vente i lang tid,« siger Guy Chicoine.

Patienten skal mere på banen

På spørgsmålet om, hvad Kaiser Permantentes næste skridt er, lyder svaret fra direktøren hurtigt, at potentialet ved de elektroniske patientjournaler nu skal udnyttes endnu bedre. Ifølge Guy Chicoine er de elektroniske patientjournaler en guldgrube af informationer. Derudover satser Kaiser Permanente på at øge medlemmernes egen rolle i sundhedsplejen.

»Husk på, at medlemmerne (forsikringstagerne, red.) tilbringer over 8.000 timer om året med sig selv, mens de måske besøger deres læge sammenlagt en time om året. Derfor er medlemmerne hver især de bedste til at sikre sig et godt helbred. En af de udfordringer, vi står over for i de kommende år, er, hvordan vi kan maksimere den rolle, som medlemmerne spiller i deres egen sundhedspleje, så vi kommer længere væk fra den model, hvor sundhedspersonalet er i centrum,« fastslår Guy Chicoine.

Der er stor forskel på det danske og det amerikanske sundhedssystem. Det er derfor ikke alle Kaiser Permantentes tiltag, der ville kunne bruges i Danmark, hvor der eksempelvis ikke er tradition for konkurrence og belønning i samme omfang som i USA. Alligevel kan Danmark lære af Kaiser Permanente – ikke mindst når det drejer sig om at indsamle data og efterfølgende anvende disse data til at skabe et mere effektivt sundhedsvæsen med bedre sundhedsresultater til følge.

m/m

»mening«

Hvad kan det danske sundhedsvæsen lære af Kaiser Permanente?

Leif Vestergaard Pedersen

Cand.oecon., Sundhedsdirektør Region Midtjylland

»Det er ikke nødvendigvis

alt, hvad Kaiser gør, der er rigtigt. Der er dels alt det, Kaiser ikke fortæller, dels at data kan bruges til at optimere forsikringspræmier eller hindre "dårlige liv" i at blive forsikret. At ventelister og afstande til behandlingstilbud kan bruges som reguleringsmekanisme, og at det begrænsede frie valg ligeledes kan bruges til at begrænse forbruget eller øge produktiviteten.

Trods det er der grund til at prøve at omsætte Kaisers erfaring til bidrag til et bedre dansk sundhedsvæsen. Impowerment, kvalitet, systematisk anvendelse af data og brug af incitament, der understøtter et effektivt sundhedsvæsen, er nogle af de værktøjer, vi bør gøre brug af. Erfaringen er ikke, at sundhedsvæsenet hermed bliver billigere. Tværtimod kan et mere effektivt sundhedsvæsen jo godt blive dyrere end et mindre effektivt sundhedsvæsen.«

Martin Strandberg-Larsen

Ph.d.-stipendiat, Afd. for Sundhedstjenesteforskning, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Det sundhedsvidenskabelige Fakultet, Københavns Universitet

»Man kan ikke forvente

at få et sundhedsvæsen i verdensklasse, hvis man ikke tager organisationen af sundhedsvæsenet mindst lige så alvorligt som godkendelsen af nye lægemidler.

Det er min foreløbige vurdering, baseret på besøg i organisationen og analyser af datamateriale, at Kaiser Permanente har formået at udvikle et sundhedsvæsen, der understøtter en sammenhængende og effektiv anvendelse af ressourcer, personale, teknologi og ideer. Kaiser Permanente har bemærkelsesværdigt få og korte hospitalsindlæggelser, formentlig på grund af en funktionelt meget velintegreret primær sundhedstjeneste, der er i stand til at levere størstedelen af patienternes ydelser på et tilstrækkeligt specialiseret niveau. Patienterne møder således i høj grad et samlet system uden problematiske gråzoner. Dette betyder også, at Kaiser Permanente har et betydeligt potentiale i forhold til at levere omkostningseffektive ydelser af høj kvalitet til patienterne.«

Professor Frede Olesen

Forskningsenheden for Almen Medicin, Aarhus Universitet

»Kaiser Permanente er tilsyneladende en oase i et sundhedsvæsen, der i øvrigt ikke indbyder til efterligning. Men her har man tilsyneladende fundet bedre måder at organisere sig på, på afgørende områder, hvor det danske sundhedsvæsen i dag har problemer.

Der er særligt tre punkter:

I Kaiser Permanente har man fundet en måde at organisere sammenhængen mellem det specialiserede niveau – altså sygehuse og praktiserende speciallæger – og almen praksis og hjemmepleje. Hvor førstnævnte understøtter og kompetenceudvikler sidstnævnte – i stedet for at fortrænge det. Det er slående, at man så målrettet arbejder på at skabe en fælles kultur mellem alle aktører uanset faggruppe og uanset, om det er personale fra primær- eller sekundærsektoren. Måske er det noget af det mest centrale, at alle har en fælles fornemmelse af at tilhøre én og samme organisation med en dyb vilje til at få hele deres sundhedsvæsen til at spille sammen. Man tænker ikke bare på driften af en afdeling eller en praksis – man tænker på at betjene de sikrede i sammenhæng. Er det måske i virkeligheden manglen på vilje og evne til at tænke på hele sundhedsvæsenets funktion, som er Danmarks største problem?

Det andet punkt er, at i dag kæmper danske sygehuse med for lange udredningstider, hvor patienter venter for længe på diverse delundersøgelser på laboratorier m.v. I Kaiser Permanente har de tilsyneladende styr på logistikken. Alt tyder på, at der er det rette tilbud til patienten på rette tid.

For det tredje synes primærsektoren i Kaiser Permanente at være helt anderledes stærk og udbygget, ikke mindst på kronikerområdet. Kronikerne har brug for støttefunktioner ude i primærsektoren, så de bliver bedre til at håndtere deres lidelse og kan vedligeholde de fysiske evner, der er tilbage. Det halter i de danske kommuner, mens Kaiser Permanente er mere fokuseret på, og derfor gearret til, de kroniske patienter – blandt andet baseret på grundlag af en bedre synergi mellem sygehusafdelinger og primærsektoren.«

Fakta

For at vurdere hvilke erfaringer fra Kaiser Permanente, der kan overføres til danske forhold, er der igangsat et større forskningsprojekt, der blandt andet skal undersøge, hvordan Kaiser Permantentes organisation indvirker på kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser.

Forskningsprojektet er finansieret med 4,2 mio. kr. fra Rockwool Fonden og gennemføres i et samarbejde mellem forskere fra Bispebjerg Hospital, Københavns Universitet, og DSI – Institut for Sundhedsvæsen.

Forskningsprojektet afsluttes i begyndelsen af 2009.

Trombolyse – behandling der redder liv og førlighed

12.000 danskere rammes hvert år af en hjerneblødning eller blodprop i hjernen. Mange bliver invalideret og dybt afhængige af hjælp til ganske almindelige gøremål. Heldigvis findes der en effektiv behandling af sygdommen, men den anvendes endnu ikke over hele landet.



Lif påpegede allerede i sidste nummer af medicin & mening hvordan danske patienter med slagtilfælde behandles ringere i Danmark end i de nordiske lande. Nu ser der ud til at være forbedringer på vej.

Der er naturligvis tale om en stor personlig tragedie for de mennesker og pårørende, der bliver ramt af apopleksi (hjerneblødninger og blodpropper i hjernen), og som fra den ene dag til den anden mister evnen til at fungere i en normal hverdag. Men også fra et strengt samfundsøkonomisk synspunkt er det trist, når folk bliver uarbejdsdygtige, og der i stedet for skatteindkomst skal bruges mange ressourcer på pasning og genoptræning af de apopleksi-ramte.

Heldigvis findes der en effektiv behandling af apopleksi. Det er en behandling, som beviseligt redder både liv og førlighed hos mange patienter. Den hedder trombolyse og blev allerede i 2001 godkendt i Europa. Desværre har de danske sundhedspolitikere ikke hidtil prioriteret tilstrækkelig højt at indføre behandlingstilbudet til de danske patienter, der rammes af apopleksi, men det er nu ved at ændre sig. Flere steder er behandlingstilbudet igangsat, og atter

andre steder følger man snart efter med mulighed for døgntilbud.

»Patienterne rammes af apopleksi hele døgnet, og behandlingen skal i gang senest tre timer efter for at være effektiv. Man kan sammenligne det med folk, der kommer ind med livstruende blødninger, og så har kirurgerne fri, fordi klokken er efter 15.00. Det er ikke anstændigt i dagens Danmark,« siger Hjerteforeningens formand Henrik Sillesen, der også mener, at hver af de nye regioner bør tilbyde trombolyse-behandling døgnet rundt på mindst ét sygehus i regionen. Derfor presser Hjerteforeningen på for en national handlingsplan.

I Københavns Amt har Sygehusudvalget besluttet, at tilbudet om trombolyse-behandling fra efteråret vil blive udvidet fra kun at være tilgængeligt i dagtimerne til et døgntilbud. Hjerteforeningens formand er tilfreds, men ikke imponeret. »Fire år er urimelig lang tid. Metoden har

været veletableret længe, og der har været evidens for behandlingen i flere år. Vi har efterlyst tilbudet i Hovedstadsregionen i lang tid, for det tættest befolkede område i landet skal selvfølgelig have den mulighed,« siger Henrik Sillesen.

Pres fra flere sider

Lægemedelindustriforeningen er blandt de mange, der har råbt "vagt i gevær" og gjort opmærksom på den manglende prioritering af de optimale behandlingstilbud for danske patienter.

»Vi har igennem længere tid gjort opmærksom på, at Danmark også på dette område halter efter de lande, vi normalt sammenligner os med. Mange andre europæiske lande har været gode til at tilbyde deres borgere den mest effektive apopleksi-behandling, mens vi her i Danmark har stået i den mærkværdige situation, at behandlingen kun i et enkelt amt er blevet tilbudt hele døgnet. Andre steder har behandlingstilbudet været ikke-eksisterende, og atter andre steder

Måske havde trombolyse hjulpet

Denne sommer blev Alice Sørensens mand ramt af en blodprop i hjernen. Han var dobbelt uheldig og blev indlagt på et hospital, der først om 1-1½ år tilbyder trombolyse. Nu venter en lang genoptræningsperiode.

Den 18. juli i år blev Alice Sørensens mand ramt af en mindre lammelse. Mindre end en time efter blev Alice Sørensens mand indlagt på Roskilde Sygehus og behandlet med blodfortyndende medicin.

»To dage efter, den 20. juli, blev min mand ramt af den anden blodprop, som lammede hele hans højre side, altså også talen som han ellers hele tiden havde brugt. Jeg kontaktede personalet, som ville kontakte lægen. Det var kl. 15.00 om eftermiddagen. Kl. 17.30, da jeg tog hjem, var der stadig ingen læge til stede. Lægen kom først kl. 02.00 natten mellem den 20. og 21. juli. Det er 11 timer, efter jeg gjorde personalet opmærksom på det, og det er lang tid, når man er syg,« siger Alice Sørensens.

»På sygehuset fik jeg bekræftet af en overlæge, at trombolyse-behandlingen først tilbydes i Roskilde Amt om 1-1½ år. Havde de haft trombolyse, var skaden

måske blevet mindre. Tænk også på hvad det koster ikke at have denne medicin i amtet,« siger Alice Sørensens og fortsætter: »De første fire måneder skal min mand ligge til genoptræning på Roskilde Sygehus. En sengeplads, sygeplejersker, fysioterapeut, neuropsykolog, ergoterapi og tiden. Tænk på hvad det koster. Og tænk hvordan det er ikke at kunne udtrykke sig, ikke at kunne sige det, man gerne vil, min mand prøver, men det ender i ingenting.«

I dag, 4 uger efter, er Alice Sørensens mand stadig delvis lam i højre side, og han kan blandt andet ikke støtte på højre ben. Der forestår en lang genoptræningsperiode, men Alice Sørensens mand er »stædig,« så det går langsomt fremad.

m/m

Her skal du tage hen, hvis det går galt

Odense Universitetshospital, Århus Sygehus og Aalborg Sygehus tilbyder trombolyse-behandling hele døgnet ved iskæmisk apopleksi. Holstebro Sygehus forventer at opstarte døgnbehandling 1. oktober 2006 i et center-satellitsamarbejde med Århus Sygehus.

Bispebjerg Hospital tilbyder trombolyse-behandling mandag til fredag kl. 8 - 20, og Amtssygehuset i Glostrup tilbyder behandlingen mandag til fredag kl. 8 - 15. De to sygehuse planlægger i samarbejde at udvide tilbudet til at være døgndækkende fra efteråret 2006.

har folk været dobbeltuheldige, hvis de fik en blodprop i hjernen efter klokken 15.00, for der stoppede visse sygehuse behandlingen,« siger adm. direktør Ida Sofie Jensen, Lægemedielindustriforeningen.

Trombolyse-behandling indebærer blandt andet, at der bliver indsprøjet et lægemiddel, der opløser de blodpropper, som tilstopper blodkarrene i hjernen. Der er tale om en dyr og bestemt ikke risikofri behandling, men det er den eneste behandling, som øger chancen for at blive helt rask uden varige mén. For at behandlingen skal virke skal den gives inden for tre timer efter, at patienten er blevet ramt af slagtilfældet – efter tre timer er behandlingen stort set virkningsløs.

»Mange af de patienter, der ikke har modtaget kvalificeret behandling, må i dag leve med store fysiske handicap,« påpeger Lif-direktøren og fortsætter: »Nu håber vi, at politikerne med afsæt

i trombolyse-behandlingen også på andre områder søger at få indført den bedste og nyeste teknologi, så Danmark kan få verdens bedste sundhedsvæsen,« slutter Ida Sofie Jensen, der dog samtidig fastslår, at der er et stykke vej til, at det er en realitet.

m/m

Hvad er trombolyse

Apopleksi er en fælles betegnelse for blodpropper i hjernen eller hjerneblødninger. I 85 procent af tilfældene er der tale om en blodprop, i 15 procent en hjerneblødning. Det danske ord for apopleksi er "slagtilfælde".

Ved trombolyse-behandling får patienten et præparat, der opløser den blodprop, som tilstopper hjerneblodkaret.

Man skal være sikker på, at patienten er ramt af en blodprop og ikke en hjerneblødning, da trombolyse vil forværre en hjerneblødning, fordi trombolyse fortynder blodet. Der skal en hjernescanning til for at afgøre, om der er tale om en blodprop eller en hjerneblødning.

Danish health service characterised by inequality

In Denmark, decades of broad political majorities backing the followed economic policy have evened out financial disparities in society. There has been and is still broad agreement on looking after the weakest in the society. This is why Denmark ranks among those countries where economic equality is of great importance. Essentially, it fits in to our economic structure that the society helps the weakest but in our zeal to procure social provisions and financial assistance the issue of the nation's health – as surely the most fundamental – falls entirely by the wayside.

Today, we are one of the countries in the EU with the poorest healthcare results and what is worse, the healthcare area is characterised by inequality.

The average citizen of one of Copenhagen's northern suburbs has a life expectancy seven to eight years longer than an average citizen in the western region of Copenhagen, and a look at data from Statistics Denmark offers a

strong indication that the disparity in average life expectancy is still increasing.

Eight years! Some would presumably ask if it matters all that much? Well, the grand and much-discussed welfare reform for which politicians accepted a compromise before the summer, raised the retirement age by a mere two years!

But it would be short-sighted to consider those eight years only in terms of the raised age of retirement. The question is rather whether we can continue to accept such large social disparities in our health and life expectancy. Dig deeper in the figures and in all probability what will emerge is an even greater disparity in disease-free years between the wealthy and well-educated and society's less well-off and less educated citizens.

And with that, the disparities in state of health and life expectancy come to matter a great deal more. In the coming years,

Denmark will presumably be "forced" to find further means by which the number of each individual citizen's years on the labour market can be increased. As we all know, the number of years on the labour market needs to be extended in order to achieve an increase in public revenue and hence the basis for the nation's continued ability to assure future generations of welfare.

Moreover, the issue of disease-free years and life expectancy is of far greater significance to the quality of life of the families affected, which then begs the question as to why we in Denmark – an affluent and democratic nation – accept these great disparities in health.

There is a need for a two-pronged action. Recent years' deferred investment in healthcare must naturally be made up for. It is scarcely surprising to very many that the low Danish investments in public health and marginal annual rates of increase have in effect not given the health service the wherewithal for

extending and adapting treatment offers for all Danes without regard for the individual's education and financial means.

At the same time, a substantial drive needs to be made to track down the many citizens who within a few years will be at risk of requiring treatment. We need to reach out to those citizens who due to age, incorrect and high-fat diet, smoking and excessive alcohol and insufficient exercise make up the risk groups. The survey in Ebeltoft shows that people are willing to have a medical examination on the doctor's request. The survey also shows that diseases such as hypertension, a high cholesterol count, undiagnosed diabetes and overweight are the most frequent diseases.

There is a need for effective and personal dialogue between the health service – in the first instance GPs – and individual citizens. A dialogue which will provide an opportunity for health checks and individual advice on lifestyle changes and the possibility for treatment as a supplement for those in need of them.

Our society builds naturally on the individual citizen's fundamental right to pursue his/her own lifestyle. But the choice of lifestyle and the consequences of that choice must be made on an informed basis. That cannot be achieved through pamphlets at the local library and public service announcements.

Ida Sofie Jensen
General Manager

Den forsømte sundhed

Det danske sundhedsvæsen tilbyder ringere behandling end sundhedsvæsenene i de lande, vi normalt sammenligner os med. Det betyder, at mange danskere hvert år dør af sygdomme, som sagtens kan behandles. Men der er håb. Vi har mulighed for igen at få et dansk sundhedsvæsen i verdensklasse.

Læs mere i Lifs debatoplæg "Den forsømte sundhed". Debatoplægget kan downloades via www.lif.dk eller bestilles på info@lif.dk.



Elektronisk nyhedsbrev

Lægemedellindustriforeningen udgiver også det gratis elektroniske nyhedsbrev medicin & mening/brief, som udkommer hver anden uge med nyheder og kommentarer. medicin & mening/brief giver på let og overskuelig vis indblik i, hvad der foregår på sundheds- og forskningsområdet.

Tilmelding til nyhedsbrevet kan ske via hjemmesiden www.lif.dk.

