

medicin&mening

information og nyheder fra medicinindustrien i Danmark · udgivet af Lægemiddelindustriforeningen · 6. udgave · aug./sept. 2007

EN BRANCHE MED SAMVITTIGHED

SIDE 8

FOR HØJT BLODTRYK SLÅR DIG IHJEL

SIDE 3

Lars Løkke Rasmussen

HAN MALER MED DEN BREDE PENSEL

SIDE 4

UNGE VISIONER FOR FREMTIDENS SUNDHEDSVÆSEN

SIDE 6

SUNDHEDSPOLITIK

Vi lever kortere tid end andre europæere. Vi er mere syge, men vi spiser mindre medicin. Hvorfor kan vi ikke få en sundhedspolitik?

SIDE 10



KVALITET I SUNDHED – nye ambitioner eller tomme ord?

Hvordan får Danmark et sundhedsvæsen, der skaber resultater i verdensklasse? Hør eksperternes bud og deltag selv i debatten om prioriteringerne i sundhedssektoren.

Torsdag den 27. september 2007

Læs hele konferenceprogrammet på www.lif.dk

Leder: Nu stiller vi krav



Alle alarmklokker burde have ringet for cirka 20 år siden, da de danske sundhedsresultater slog bunden ud af de sammenligninger og statistiske opgørelser, vi altid foretager med andre lande.

Rutscheturen fra danske topplaceringer over middelmådighed til den absolutte bundskrabter skete desværre i ubemærket tid.

På overfladen var alt fortsat idyl. Danskerne havde tillid til sundhedsvæsenet, og vi var ikke bevidste om, at de danske sundhedsresultater var ringere end i landene omkring os.

Den idylliserede holdning ændrede sig for et par år siden. Hvorfor skulle vi danskere affinde os med, at vi gennemsnitligt levede kortere tid end borgere i for eksempel Norge og Sverige? Hvad var det for behandlinger

og sundhedstilbud, som danske patienter ikke måtte få adgang til? Og hvorfor kunne politikerne ikke se ud over et snævert konteringsfokus, når de skulle vurdere en enkelt behandlingsfordele i forhold til anden eller ingen behandling?

Kritikken skabte grøde i dansk sundhedspolitik

Der er formentlig ingen, der er i tvivl om, at det danske sundhedsvæsen er under et betydeligt pres, men den opmærksomhed, som kritikken af de manglende resultater gav, er vendt til en konstruktiv forandringsproces, hvor udviklingen af kvalitet i sundhedstilbudene drøftes og vurderes på lige fod med forbedringer i livskvaliteten hos den enkelte patient og et samlet samfundsmæssigt ansvar.

På mit eget område er tidligere tiders myter om medicinforbrug afløst af langt mere konstruktive drøftelser af den direkte og indirekte værdi af lægemidler. Ved en fælles indsats er fokus skubbet over på resultater. Et alt for snævert omkostningsfokus på lægemidler er erstattet af reelle sundhedspolitiske visioner.

Første skridt blev taget med de nu berømte handlingsplaner på hjerte- og kræftområdet. Og der blev opstillet visioner og konkrete målsætninger. Endelig blev der stillet krav. Det er sundhedspolitik.

Som indenrigs- og sundhedsminister Lars Løkke Rasmussen selv formulerer det andetsteds i denne avis, så udvikles kvaliteten ved, at der stilles større krav og ved, at parterne på sundhedsområdet byder ind med bedre og mere gennemtænkte løsningsforslag. Det stiller krav til parterne, og for eksempel har lægemiddelindustrien skiftet fokus fra at være sælgere af medicin til at være en partner på sundhedsområdet. Det er en rolle, vi vil holde fast i, og vi vil gennem vort pres fortsat sikre et fokus på kvalitet.

De omfattende handlingsplaner skal følges op af mindre omfattende – men lige så gennemtænkte – behandlingsvejledninger på en række områder. Lad os for eksempel opstille en vision om, at vi gerne vil reducere antallet af slagtilfælde og blodpropper hos danske patienter. Læg dertil, at der udarbejdes specifikke behandlingsvejledninger, som både behandlere og patienter kan bruge, og som de kan forholde sig til.

En sådan behandlingsvejledning vil ligge direkte i forlængelse af det generelle politiske ønske om bedre forebyggelse.

Kvaliteten i sundhedsvæsenet skal forbedres

Vi har fortjent et sundhedsvæsen, der arbejder målrettet på at forbedre kvaliteten og patientsikkerheden. Det betyder naturligvis også et specialiseret sundhedsvæsen, hvor alle patienterne får bedre behandling. Først og fremmest betyder det dog, at vi skal turde tænke højt og kunne agere hurtigt. Vi har et fantastisk og veluddannet personale i store dele af sundhedssektoren. Lad os give dem mulighed for at opnå de bedste resultater.

Lægemiddelindustriforeningen har i år 10 års jubilæum. 10 år er ikke meget set i den store sammenhæng, men som partner i det danske sundhedsvæsen har vi en forpligtelse til at stille krav og bidrage til udviklingen. Denne avis er et bidrag, om end et beskedent bidrag, til debatten om sundhedsvæsenet, om forventningerne og om resultater. Vi er stolte over at stille krav og dermed yde vort bidrag til udviklingen, nøjagtigt som alle kan – og bør – stille krav til os.

Ida Sofie Jensen
Adm. direktør,
Lægemiddelindustriforeningen

Danskerne lever kortere tid

Selvom den danske levealder er steget markant de seneste 10 år, ligger Danmark fortsat på en noget sløj 23. plads i OECD's netop offentliggjorte opgørelse. I 1970 var den danske levealder den sjette bedste.

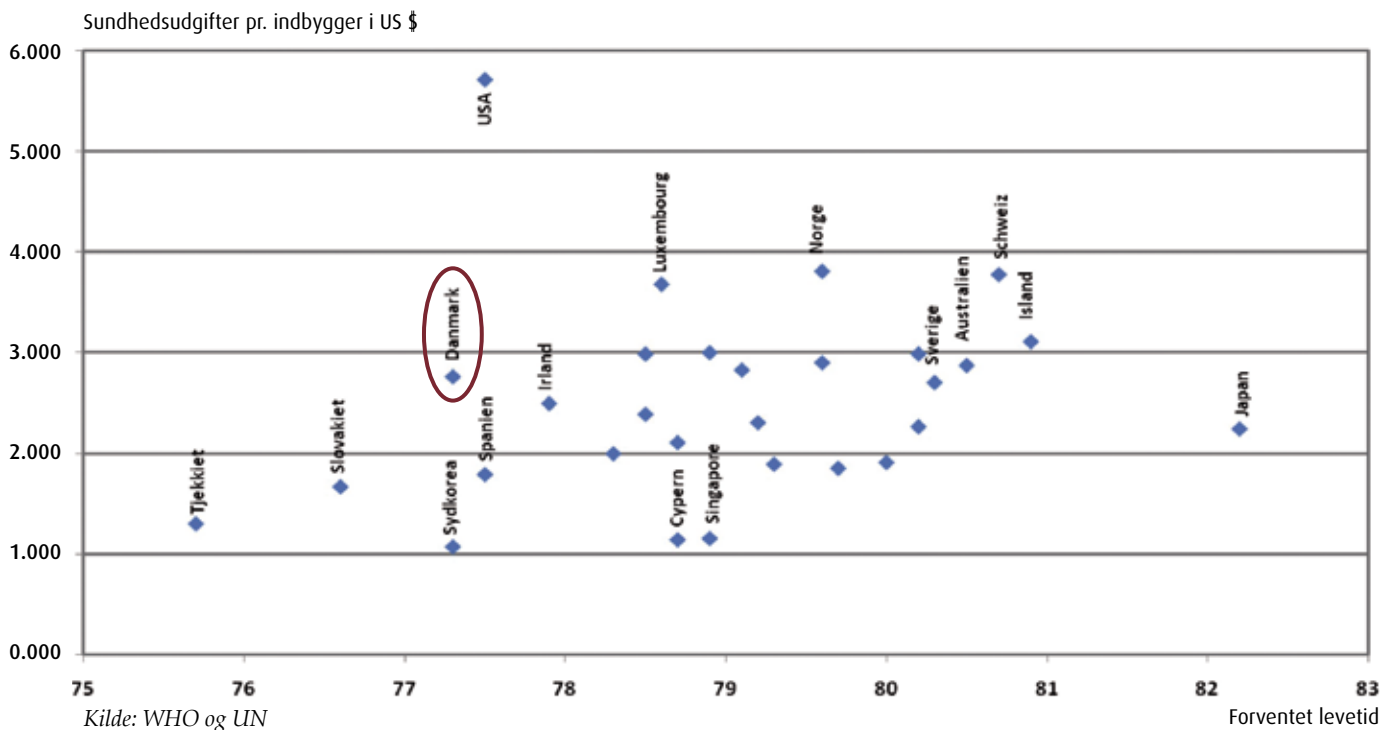
Måske er det de forholdsmæssigt få ressourcer, Danmark anvender på sundhedsvæsenet. Måske er det indretningen af det danske sundhedsvæsen, der er forkert. Måske er det danskernes livsstil, eller måske er det en kombination af alle tre, der er skyld i, at den danske levealder udvikles langsommere end i de øvrige OECD-lande.

I figuren er den forventede levetid og sundhedsudgifterne i de 30 øverst placerede lande på FN's Human Development Report sammenlignet. I figuren har landene til højre for Danmark alle en højere levealder, også selvom nogle bruger færre ressourcer på sundhedsvæsenet, end vi gør i Danmark. Tilsvarende kan man af figuren se,

hvilke lande der bruger færre ressourcer på sundhedsvæsenet. Det er markeringerne under Danmark, også her er der forskel på middellevetiden.

Sammen med USA er Danmark det land, som får mindst ud af de ressourcer, der anvendes på sundhedsområdet, i hvert fald når man sammenligner levealder.

m&m



For uddybning læs Lars Bitsch-Larsens artikel "Den (manglende) udvikling i den danske levealder" i Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen, juni 2007.

Hvem er Lif?



Lægemiddelindustriforeningen er brancheforening for lægemiddelvirksomheder i Danmark. Lif arbejder for, at lægemiddelindustrien har de bedst mulige betingelser for at forske, udvikle, markedsføre, distribuere og informere om lægemidler. Derigennem skal det sikres, at danske patienter får bred og hurtig adgang til den bedste medicinske behandling.

medicin&mening

Udgives af: Lægemiddelindustriforeningen, 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, Aske Kammer, Malene Arp, Lillian Rasmussen, Aase Pedersen. Redaktionen kan kontaktes på mailadressen nyhedsbrev@lif.dk

Layout og produktion: www.parno1.dk · Oplag: 165.000 stk.

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

Markant sundhedskløft mellem danskere

I Danmark lever personer med lav uddannelse gennemsnitligt kortere end akademikere. Forklaringen er formentlig både livsstil og anvendelse af sundhedsvæsenets tilbud.

Statistikkerne taler deres eget tydelige og påfaldende sprog. Folk på Nørrebro lever lige så længe som vietnameserne, mens borgerne kun ca. 20 km nordpå, i Søllerød, lever lige så længe som svenskerne. Samtidig ser det ud til, at forskellen, sundhedskløften mellem de rige og de fattige danskere, bliver større og dybere. I snit lever de med korte uddannelser syv år mindre end de højtuddannede, og for mange danskere med kort eller ingen uddannelse er de sidste år tilmed ofte præget af sygdom og dermed generelt ringere livskvalitet.

Hos formanden for Det Nationale Råd for Folkesundhed, professor Bente Klarlund

Pedersen, er der tydelig bekymring at spore over forskellen i levealder mellem de svage og de stærke, og bekymringen er stigende, for hvor længe kan et i øvrigt demokratisk samfund acceptere de forskelle.

»Tidligere mente jeg, at det var foreneligt med et demokratisk samfund, at man selv valgte, om man ville gå i hundene. Bare der var information og en veloplyst ramme om, hvad der er godt og skidt. Men efterhånden er det ikke så indlysende for mig, at livsstil udelukkende er et frit valg. Derfor bør vi i højere grad bakke op med strukturer, der gør det mere ligetil at leve sundt,« siger Bente Klarlund og fortsætter: »I hvert fald tror jeg ikke, at mennesker med kort uddannelse vælger en livsstil, hvor de med åbne øjne beslutter sig for, at de vil leve syv år kortere. De fleste rygere vil jo egentlig også gerne holde op, og de fleste svært overvægtige vil gerne være slanke. Men der er noget i de kortuddannedes måde at

leve på og i deres indplacering i samfundet, som gør det sværere for dem end for andre at ændre på tingene. Og uden at vi skal tilbage i en 1970'ere-ideologi om, at det er samfundets skyld, skal vi måske fundere over, om ikke vi har et kollektivt ansvar for befolkningens sundhed.«

Hvorfor social ulighed?

En af de eksperter, der har søgt ned i forklaringerne på den sociale ulighed i sundhed, er professor, dr. med. Finn Diderichsen fra Københavns Universitet.

»Der er store uligheder i forekomsten af hjerte-kar-sygdomme, kræft og ulykker. Og i et længere perspektiv sammenlignet med tresserne og halvfjerdserne er de blevet lidt større,« fastslår Finn Diderichsen og gør opmærksom på, at uligheden findes i alle vesteuropæiske lande.

Et af de områder, hvor politikerne ifølge Finn Diderichsen bør sætte aktivt ind, er ved at hæve afgifterne på tobak og alkohol.

»Hvis vi skal udjævne uligheden, skal vi bruge nogle af sundhedspolitikken aller mest kraftfulde instrumenter. Danmark har jo slæbt efter sundhedsudviklingen i det øvrige Vesteuropa på grund af, at vi ikke

har villet bruge lovgivning om prispolitik i særlig stor udstrækning på tobak- og alkoholområdet. Gjorde vi det, ville det have stor betydning for folkesundheden i almindelighed, men det ville også reducere den sociale ulighed.«

»Et andet område er jo også, at vi skulle kunne få primærsektoren og de praktiserende læger til mere systematisk at arbejde med at opspore mennesker med risikofaktorer i forhold til hjerte-kar-sygdomme, diabetes og alkoholmisbrug,« slutter Finn Diderichsen.

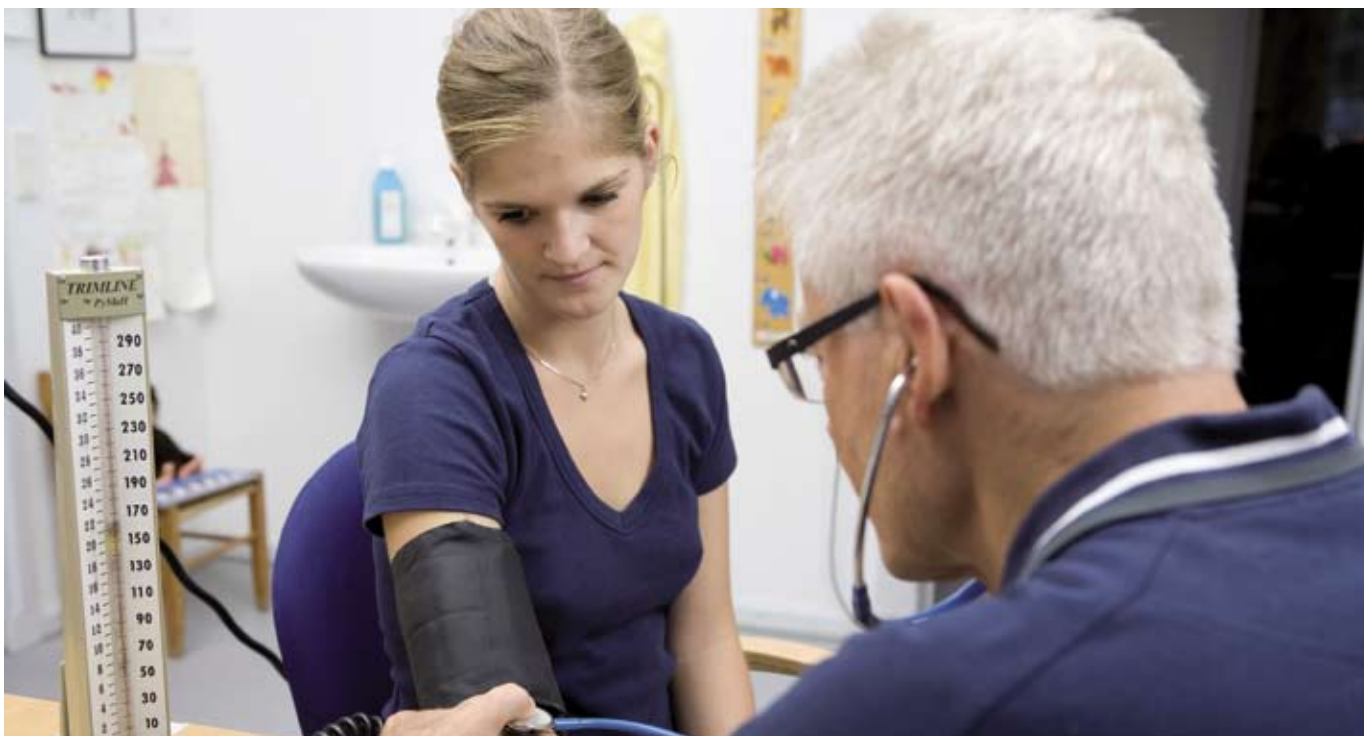
Begge professorer påpeger desuden, at fremtidige oplysningskampagner om sundhed bør målrettes de dårligst uddannede, fordi kampagnerne så har størst effekt.

m&m

MIDDELLEVETIDEN...

- på Nørrebro i København er som i Vietnam (71 år)
- i Nakskov er som i Mexico (74 år)
- i Søllerød er som i Sverige (81 år)
- i Danmark er som i USA (77,5 år)

Vi dør af for højt blodtryk



Det kræver kun en simpel test at få målt sit blodtryk. Et blodtryk på 140/90 betragtes som normalt.

Mere end en million voksne danskere har forhøjet blodtryk. Men det er kun halvdelen, der er klar over det, selvom sygdommen forøger risikoen for blodpropper og hjerneblødninger markant.

For højt blodtryk koster hvert år det danske samfund mange ressourcer i form af tabt arbejdsfortjeneste, hospitalsindlæggelser og for tidlig død for borgerne. Men især på det personlige plan kan konsekvenserne være endog meget omfattende, idet forhøjet blodtryk øger risikoen for blodpropper i hjernen og hjerneblødninger markant, ligesom hele 2.000 danskere hvert år dør som følge af forhøjet blodtryk. Alligevel findes der endnu ikke nogen officiel dansk plan for, hvordan indsatsen mod for højt blodtryk optimeres.

En handlingsplan for bedre blodtryk

»Den nuværende indsats mod forhøjet blodtryk er simpelthen ikke god og ambitiøs nok. Som det er i dag, opdages det forhøjede blodtryk ofte først, når patienten er blevet ramt af en hjerneblødning eller

blodprop. Det er ikke godt nok, når forhøjet blodtryk let kan diagnosticeres, og når behandlingsmulighederne er gode og let tilgængelige.« Sådan siger chefkonsulent Helle Rasmussen fra Lif og påpeger, at det første skridt på vejen til at nedbringe skaderne som følge af forhøjet blodtryk kunne være, at alle personer over 45 år hvert år får målt deres blodtryk.

Det synspunkt er overlæge Hans Ibsen, som er Danmarks førende specialist i forhøjet blodtryk, enig i.

»Der er kun en 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 mennesker medicinsk.«

Den årlige kontrol af blodtrykket er blot en del af Lif's blodtrykshandlingsplan. Planen skal blandt andet halvere andelen af danskere med forhøjet blodtryk og antallet af

dødsfald som følge af sygdommen samt forlænge danskernes middellevetid med mindst et halvt år. Derudover er det ambitionen, at 80 procent af danskerne over 45 år om fem år skal kende deres blodtryk.

m&m

Læs hele Lif's blodtrykshandlingsplan på www.lif.dk

- 40 procent af danskere mellem 30 og 70 år har forhøjet blodtryk.
- Kun halvdelen af danskerne over 40 år kender deres blodtryk.
- Mellem 12.000 og 14.000 danskere rammes hvert år af apopleksi (blodprop i hjernen eller hjerneblødning). Over 50.000 lever med følgerne.
- Et blodtryk på 140/90 betragtes som et normalt blodtryk.

Decentralt sundhedsvæsen, der styres centralt

Det danske sundhedsvæsen styres decentralt via regionerne. Men efter kommunalreformen har Finansministeriet sammen med Indenrigs- og Sundhedsministeriet fået hånd i hanke med meget. Det vurderer professor i sundhedsøkonomi Kjeld Møller Pedersen.

Den danske indsats på kræft- og hjerteområdet er både omfattende og effektiv, men der er samtidig tale om centrale planer, som skal gennemføres decentralt. To forhold, som på papiret kan synes at være hinandens modsætninger. Men i praksis fungerer samarbejdet.

»Sundhedsvæsenet i Danmark er først og fremmest karakteriseret ved, at det er decentralt. Alligevel tilrettelægges en række omfattende planer centralt, og det reducerer naturligvis handlemulighederne decentralt,« siger Kjeld Møller Pedersen, professor i sundhedsøkonomi ved Syddansk Universitet, og supplerer: »I virkeligheden er det Sundhedsministeriet og Finansministeriet, der efter kommunalreformen har hånd i hanke med meget mere, fordi nu sidder de entydigt på pengene, og dermed kan de styre og påvirke langt mere, end de har gjort tidligere. Nu skal man jo tænke på retorikken om, at vi har – eller har haft – verdens bedste sundhedsvæsen, så er jeg bare nødt til at sige, at det har vi ikke, og det har vi nok heller aldrig haft. Vores sundhedsvæsen er heller ikke dårligt, men det er ikke super sammenlignet med dem, vi sammenligner os med internationalt.«

Behov for nationale handlingsplaner

Ifølge Kjeld Møller Pedersen er der ganske enkelt nogle områder, hvor dansk sundheds politik er faldet bagud, og hvor det er nødvendigt med en national handlingsplan.

»Hvis vi ikke følger med udviklingen, må der nogle gange et nationalt initiativ til. Kræftplan 1 og Kræftplan 2 er sådanne eksempler. Og så må der simpelthen et nationalt initiativ til, både hvad angår indholdet og finansieringen. På andre områder skal man passe på, for det danske sundhedsvæsen er fortsat decentralt styret. Og hvis man fra centralt hold vil lave alt for detaljerede planer, så fjerner man al motivation og al inddragelse af det regionale niveau.«

Lars Løkke maler med den brede pensel

Samtidig med at danskerne bliver rigere og rigere, stiger vore forventninger til, hvad sundhedsvæsenet skal tilbyde af nye lægemidler og nye behandlinger. Lars Løkke Rasmussens svar er effektivisering og mere forebyggelse.

For indenrigs- og sundhedsminister Lars Løkke Rasmussen (V) er det mere end blot almindelig optimisme, der får ham til at se på sundhedsresultaterne med fortrøstning, for udviklingen går ifølge ministeren i den rigtige retning. Det forklarer og uddyber indenrigs- og sundhedsministeren i dette interview med medicin&mening.

Visioner og ønsker for sundhed Lars Løkke Rasmussen, hvordan synes du egentlig selv, det går?

»Det går markant den rigtige vej. Væksten i levetiden i Danmark er gennem de seneste 10 år steget ganske pænt og mere markant end i for eksempel Sverige, Norge og Frankrig. Levetiden i Danmark er steget med 2,2 år fra 1995-2003. I samme periode er svenskernes levealder steget med 1,5 år.«

»Levetid er en væsentlig markør på sundhedsvæsenets tilstand og kapacitet. I den seneste analyse fra OECD (offentliggjort 18. juli, red.) er Danmark fremhævet på hjerteområdet som et land, der har opnået store resultater på relativt kort tid. Det er et godt eksempel på, hvordan sundhedsvæsenet har bidraget til at øge levetiden.«

»Det rækker ikke ved, at vi ikke endnu lever lige så længe som i sammenlignelige lande, men det betyder, at vi er ved at løbe forskellen ind.«

Man taler ofte om, at politikere skal have et projekt. Eller en vision. Har du en formuleret vision på sundhedsområdet?

»Jamen, jeg har to overordnede visioner på vegne af det behandlende sundhedsvæsen. Og det er selvfølgelig at rykke Danmark ind i den absolutte 1. division; jeg mener faktisk, at vi allerede spiller i 1. division, men vi skal helt op på toppen af podiet, når vi taler om det behandlende sundhedsvæsenes evne til at møde folk med sygdomme. Det er vi i gang med nu. Den anden vision handler om at skabe kvalitet i behandlingen.«

»Da jeg blev minister, var det altoverskyggende problem ventelisterne. Det var et reelt

problem for de mennesker, der ventede, også på behandling af relativt banale indgreb, fordi folk blev presset ud af arbejdsmarkedet, fordi de ikke kunne få den nye hofte eller det nye knæ. Men det var også en politisk-faglig udfordring, fordi debatten om ventelister skyggede for alle de øvrige udfordringer på sundhedsområdet.«

»I dag er situationen den, at Danmark er blandt de lande, der har de korteste ventelister. Vi har givet patienterne rettigheder i forhold til ventelisterne, altså muligheden for at vælge ikke at ville vente. Jeg kan ikke komme i tanke om noget andet land, der giver patienter de samme muligheder for at flytte sig med fuld offentlig betaling til private sygehuse, hvis ikke man vil vente. Det er en rettighed, vi forbedrer den 1. oktober ved at sætte den maksimale ventetid ned fra to måneder til en måned.«

»Det rækker ikke ved, at vi ikke endnu lever lige så længe som i sammenlignelige lande, men det betyder, at vi er ved at løbe forskellen ind.«

»Samtidig har jeg en vision om at skabe rammerne for den bedste kvalitet og sammenhæng i behandlingen. Hvis vi sammenligner for eksempel overlevelsesrater på udvalgte kræftdiagnoser, så ligger vi ikke godt nok, og der må man sige, at det er det behandlende sundhedsvæsen, der svigter. Det er der to grunde til. Den ene grund er, at vi har spredt behandlingen på for mange sygehuse. Den anden grund er, at vi ikke har været gode nok til at skabe nogle dynamiske patientforløb uden intern ventetid, hvor diagnosticering og behandling sker i velorganiserede forløb.«

Ville du acceptere, hvis vi på et tidspunkt kom til at se ventelister på medicinsk behandling?

»Jeg kan grundlæggende ikke acceptere ventetider, for jeg har den holdning, at det er et spørgsmål om planlægning. Det lykkes jo, om man så må sige, at behandle alle patienter hvert år. Og så kan man spørge, hvad kræver det så at behandle patienterne til tiden? Det kræver bedre organisering. Vi har jo kapaciteten et eller andet sted, så det handler om at have den på det rigtige tidspunkt.«

»Her taler jeg ikke om, at en enkelt medarbejder ikke passer sit arbejde, eller ikke gør det godt nok. Jeg taler simpelthen om den måde, vi har fået bygget sundhedsvæsenet op på! OECD's analyser viser, at vi har et af de mest produktive sundhedsvæsener, men kan vi blive bedre til at ibrugtage moderne telekommunikation? Hvordan er vore bookingsystemer? Hvordan er den interne logistik – altså hvordan ligger den diagnostiske afdeling i forhold til den behandlende afdeling, hvor lang intern transporttid er der? Har vi reelt lavet et sygehusvæsen, hvor lægerne sidder om natten og venter på patienter, der ikke kommer, for at patienterne kan sidde om dagen og vente på læger, der afspadserer? Kan vi i stedet indrette os på en mere hensigtsmæssig måde, der matcher de behandlingsbehov, vi har?«

»Det er også derfor, vi nu har en diskussion om sygehusstruktur, for vi ved, hvor mange læger og sygeplejersker vi har, og så kan man bruge ressourcerne på forskellig vis. Det er ligesom en bil; hvis du har en bil, der går 10 kilometer på literen, og du har 100 liter benzin, jamen så kan du køre 1.000 kilometer, men skal du køre 1.100, så har du benzinmangel. Havde du så indrettet din bil, så den kunne køre 11 kilometer på literen, så havde du ikke haft benzinmangel. Og der er ingen tvivl om, at der er noget at komme efter i det danske sundhedsvæsen.«

»Der er enormt mange faktorer, der indgår i disse overvejelser. Vi har taget et skridt ved at gå fra 15 sundhedsvæsener i 14 amter og H:S (Hovedstadens Sygehusefællesskab) til 5 sundhedsvæsener i 5 regioner, ved i højere udstrækning at lade pengene følge patienterne og ved at udarbejde analyser, som viser, hvor langt pengene rækker på de enkelte sygehuse. Alt sammen for at synliggøre, hvilke resultater det enkelte sygehus når. Det er starten på en positiv jagt på det, man kan kalde forbedringspotentialet.«

Kronisk syge tager kapaciteten
De mest "positive" prognoser fra WHO påpeger, at i 2020 vil 70 procent af alle sygehusindlæggelser udspringe af sygdomme, som i princippet kunne forebygges. Altså sygdomme som følger af, at vi danskere spiser forkert eller for meget, motionerer for lidt, drikker for meget og i øvrigt også ryger. Hvilke muligheder ser du for at styrke den forebyggende indsats?

»Det er klart, at udviklingen i antallet af kronisk syge kan blive en bombe under sundhedsvæsenet, men hvis det bare var det, så kunne vi sige: "Ok, det skaber et økonomisk pres," og så måtte vi jo snakke om, hvordan vi håndterer det. Men det er mere alvorligt end som så; det er et signal om, at alt for mange mennesker får et for dårligt liv. Sundhedstilstanden er potentielt ikke så god, som den kunne være, og derfor skal vi gøre noget ved det.«

»Et element er kommunalreformen, som er designet til at give kommunerne en stærk tilskyndelse til at løfte ansvaret for forebyggelse. Derfor ser vi nu, at tanken om

forebyggelse blomster op i flere og flere kommuner. Min pointe er, at der ikke er én ting, man kan gøre, der er mange ting, der skal gøres, og jeg mener, at kommunen er den myndighed - uden for en selv - der er nærmest til at gøre noget.«

Har du revideret din opfattelse af samfundets ansvar?

»Nej, det mener jeg ikke, jo, måske en lille smule. Jeg mener fortsat grundlæggende, at vi har et stærkt individuelt ansvar, men jeg er også selv far, har børn på 10, 11 og 17 år og et rimeligt hårdt arbejdsliv; jeg er de senere år blevet mere opmærksom på at stå vagt om ens eget ansvar, men der skal være nogle rammevilkår, hvori man kan løfte det ansvar, og hvis de rammevilkår bliver bedre, så er sandsynligheden for, at man løfter sit eget ansvar også større.«

Lægekommision til efteråret

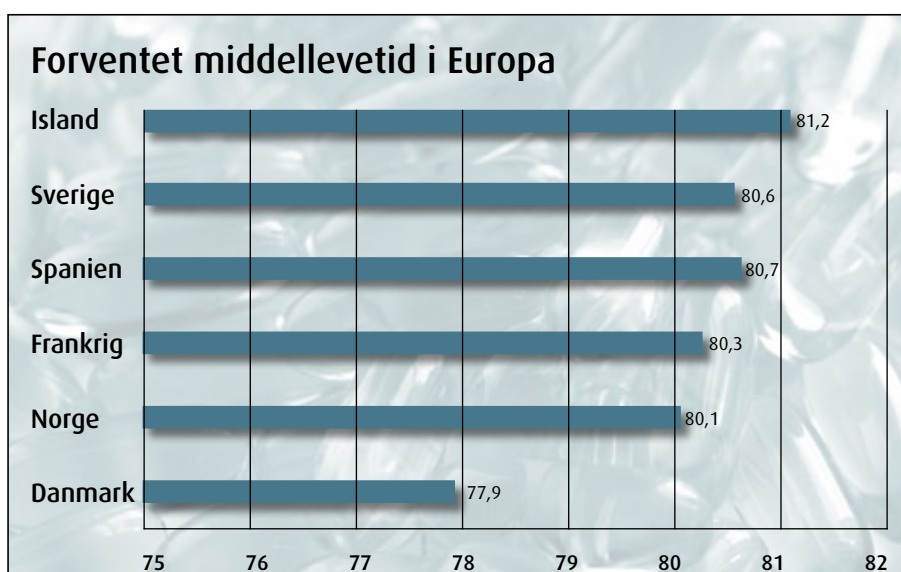
Lægemiddelindustriforeningen har foreslået systematiske helbredstjek til udsatte grupper. Det kunne også være en støtte til, at folk kommer i gang med motion. Er det en mulighed?

»Det er et spørgsmål om at afveje de ressourcer, vi har, og hvordan vi bruger dem optimalt. Vi er i en situation, hvor vi er i knaphed for læger, og at forestille sig en situation, hvor vi skulle sende alle raske mennesker til læge en gang om året, det vil efter min overbevisning være at skyde gråspurve med kanoner. Det, vi derimod skal sørge for, er, at de rigtige kommer til læge. Og vi skal sørge for, at når vi alligevel er til læge, så skal sundhedsfremme, forebyggelse og eget ansvar inddrages. Det er også derfor, regeringen som led i kvalitetsreformen i løbet af efteråret vil lancere en forebyggelsesstrategi. Det skal være en opfølgning på den forebyggelsesplan, vi udarbejdede for fem år siden, men den næste plan skal være mere offensiv med hensyn til også at få sat konkrete mål for blandt andet middellevetiden og et fald i antallet af rygere. For nu blot at nævne to ting.«

»Jeg kan grundlæggende ikke acceptere ventetider, for jeg har den holdning, at det er et spørgsmål om planlægning.«

»Et hovedforslag i kvalitetsreformen er nedsættelse af en slags "lægekommision," som skal formulere rammerne for alment praktiserende lægers rolle. Det skal ske ad to veje. Når vi forhandler lønvilkår med de alment praktiserende læger til foråret, skal man tænke ind, hvordan vi fortsætter og udbygger udviklingen fra den sidste overenskomsttale, hvor der blev indføjet nogle incitamentter om kroniker-samtaler.«

»Vi skal også den vej, hvor der bliver færre lægepraksisser med kun én læge. Der bliver også en stor opgave med at gennemføre "patientskoler," men det kan varetages af et dygtigt plejepersonale. Større lægepraksisser vil betyde, at patienterne får et bedre tilbud, og de vil være et godt supplement til de "supersygehuse," som også er et element



På trods af de seneste års massive investeringer i sundhedsvæsenet lader de danske sundhedsresultater stadig noget tilbage at ønske. Den danske middellevetid er ganske enkelt kortere end i de lande, vi normalt sammenligner os med.
Kilde: OECD 2007

i kvalitetsreformen, og som vi allerede har igangsat udviklingen hen imod med økonomiaftalen med regionerne.«

Forebyggelse skal udjævne ulighed
Flere har påpeget, at der er en stigende ulighed i sundhedsvæsenet. Både hvad angår dem, der benytter sundhedsvæsenet, og i sundhedstilstanden i det hele taget. Indgår det i forebyggelsen?

»Den positive udvikling, der er i gang, tydeliggør den udfordring, der hedder ulighed i sundhed. For hvis man går ind og ser på middellevetiden, så er den danske middelelevetid på vej op; går man så ind og kortlægger den efter postnummer, så kan vi se, at der er nogle steder i Danmark, hvor man lever

markant længere end andre steder. Og man skal selvfølgelig ikke begræde, at folk i Nordsjælland for eksempel har lagt stilen noget om, spiser anderledes og motionerer mere, men det gør, at springet til sundhedstilstanden i nogle andre befolkningsgrupper bliver mere markant.«

»Løsningen er at sætte fokus på de grupper, blandt andet nogle indvandrergrupper, som "banger" hårdt ud, når vi for eksempel taler diabetes, eller mindre ressourcerstærke familier, som man skal tage hånd om, og det er nemmere sagt end gjort. Men det er igen motivet for, at kommunerne skal på banen. Kommunerne er tættere på og kan, i modsætning til en national designet kampagne målrettet til for eksempel indvandrergrupper, lokalisere boligkvarterer og befolkningsgrupper, der rummer særlige udfordringer, og tilrettelægge indsatsen herefter.«

Hvordan bevarer du fokus på kvalitet ved udviklingen af sundhedspolitikken?

»Kvalitet udvikles ved, at alle bliver ved med at stille større krav. Hvis man havde en ambition om at slippe let igennem det job, jeg har, så vil det selvfølgelig være det rareste, hvis ikke der var et medicinalfirma, der udviklede en ny og dyrere medicin, eller at der ikke var en overlæge, der stillede sig op og sagde, at nu har jeg fundet en afdeling på et saudiarabisk sygehus, hvor de har verdens bedste eksperter, og der når de altså bare at behandle flere patienter bedre, det må vi også kunne gøre, men det koster altså lige x-antal kroner. Det ville være lettere, hvis der ikke var den slags pres, men det ville også være kedeligere og hindre kvalitetsforbedringer. Vi har brug for, at alle byder ind og presser os, det er den måde, man udvikler kvalitet på; der spiller lægemiddelindustrien selvfølgelig en rolle. Jeg ved så godt, at der også er nogle kommercielle interesser.«

»Vi kan se, at der er nogle steder i Danmark, hvor man lever markant længere end andre steder.«

»Sundhed var et centralt valgtema i 2001. Sundhed var et centralt valgtema i 2005. Og jeg er overbevist om, at sundhed også er et centralt valgtema næste gang, uanset hvornår valget kommer. Det er, fordi sundhed fylder meget i alles bevidsthed. Noget af det, der karakteriserer et moderne velfærdssamfund, er, at vi kan tage hånd om vore syge mennesker på en ordentlig måde - det vil sige høj kvalitet - og på en værdig måde, hvortil også hører, at man for eksempel ikke placerer en ældre medicinsk patient på en skyllestue, men at man bliver indlagt i nogle rammer, som er værdige, og som matcher den livskvalitet, vi som danskere hver især har opbygget.«

»Niveauet flytter sig hele tiden, og af den grund kommer vi aldrig helt i mål!«

m&m

Gør sætningerne færdige...

medicin&mening bad Lars Løkke Rasmussen færdiggøre tre sætninger:

»Hvis jeg fik tre timer forærende, ville jeg cykle de to timer ind til DGI-byen og bruge den sidste i deres kurbad.«

»Min største last er, at jeg ikke helt kan finde ud af det der med at kvitte tobakken.«

»Jeg blev sidst vred - for alvor - da jeg opdagede, at vi svigtede ventetidsgarantien for kræftpatienter. Så vred, at vi hurtigt fik rettet op på tingene!«

HVAD GØR DU FOR AT HOLDE DIG SUND?



LISBETH KNUDSEN,
 chefredaktør,
 Berlingske
 Tidende

Hvad gør du for at holde dig sund?

»Det er meget enkelt. Jeg spiser fornuftigt og har et positivt livssyn. Jeg har stort set aldrig sygedage. Højest en dag om året måske, med en halsbetændelse.«

Har du for nylig været til sundhedstjek hos lægen?

»Nej. Har aldrig dyrket det regelmæssigt, og min læge ser jeg heldigvis kun ved sjældne lejligheder.«

Hvornår har du sidst fået målt dit blodtryk?

»Det er mere end et år siden, jeg fik målt det sidst.«



HANS ENGELL,
 chefredaktør,
 Ekstra Bladet

Hvad gør du for at holde dig sund?

»Jeg cykler meget, går efter fødevarer med en høj kvalitet og lever generelt sundt. Jeg er stoppet med at ryge pipe, hvilket er et stort tab. Og så er det et problem for mig, at kalorier

smager bedre end vitaminer.«

Har du for nylig været til sundhedstjek hos lægen?

»Ja, det har jeg været for en måned siden. Jeg mener, det er vigtigt at få tjekket tallene jævnligt. Jeg er 58 år og arbejder med et højt tempo, har mange møder og rejseaktiviteter, så jeg går til lægen og får lavet et sundhedstjek to gange om året. Det er vigtigt for mig.«

Hvornår har du sidst fået målt dit blodtryk?

»Det fik jeg målt for en måned siden, og det er desværre lidt for højt, så det tager jeg noget medicin for.«

Ambitioner for kvaliteten i sundhedsvæsenet

Nytænkning, konkurrence og mest kvalitet for pengene. Det er omdrejningspunktet i det oplæg, Lægemiddelindustriforeningen har givet til arbejdet i regeringens kvalitetsreformgruppe.

I oplægget påpeger Lif blandt andet, at der er behov for en overordnet politisk strategi for kvaliteten i sundhedsvæsenet. Hvis Danmark igen skal blive et sundhedsmæssigt foregangsland, forudsætter det, at vi prioriterer en målrettet indsats, en systematisk indsats og en moderne indsats.

Lif har foreslået, at regeringen prioriterer nogle helt konkrete indsatsområder. Et sundhedsvæsen med sammenhængskraft indebærer, at borgernes forventninger til sundhedsvæsenet i form af let adgang til behandling af høj kvalitet sikres, at der er sammenhæng i behandlingen, samt at der iværksættes en aktiv forebyggelsesindsats, hvor borgere med særlig stor sygdomsrisiko tilbydes periodiske helbredstjek.

Erfaringerne med prioriteringen af særlige sygdomsområder, som det kendes fra hjerteplan og kræftplan, vil Lif udvide til andre sygdomsområder.

m&m

5 unge politikere: Friskt blod i sundhedspolitik

De vil forhindre hjerneflugt, indføre behandlersygeplejersker og sikre et sundhedsvæsen i verdensklasse. medicin&mening har talt med fem unge regionspolitikere, der er med til at bestemme, hvilken sundhedspolitik der skal føres, og dermed hvordan det danske sundhedsvæsen skal udvikle sig.

Patienten i centrum, bedre forebyggelse, hurtigere diagnosticering og behandling samt et sundhedsvæsen, hvor alle uanset pengepungens størrelse får den mest optimale behandling. Det er nogle af de ting, som regionspolitikere Anders Broholm (V), Jonas Dahl (SF), Julie Skovsby (A), Jeanette Ellen Bauer (A) og Benedikte Kiær (C) nævner, når de bliver spurgt om, hvad det er for nogle ønsker, de har på sundhedsvæsenets vegne.

De fem har forskellige politiske tilhørsforhold, men de har det tilfælles, at de alle er under 40 år, og at de har plads i et af landets fem regionsråd. Dermed er de med til at tilrettelægge den sundhedspolitik, der netop nu føres i regionerne. Med strukturreformen har regionerne fået ansvaret for driften af landets offentlige hospitaler, ligesom regionerne har fået til opgave at udvikle og forme fremtidens sundhedsvæsen.

Mangel på personale

En af de helt store udfordringer, som regionerne står overfor, er manglen på arbejdskraft. Der mangler både læger, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og andet sundhedsfagligt personale.

»Det drejer sig både om overhovedet at få personale, men det drejer sig også om at få det rigtige personale og om at kunne



JEANETTE ELLEN BAUER er 28 år og medlem af regionsrådet i region Sjælland for Socialdemokraterne. Blandt de sundhedspolitiske mærkesager er fokus på behandlingsgarantierne og en sikring af, at alle får lige ret til sundhedsvæsenets ydelser. Besøg Jeanette Ellen Bauers hjemmeside her: www.jeanetteellenbauer.dk

fastholde dem i det offentlige system,« siger Jeanette Ellen Bauer fra region Sydsjælland og fortsætter »Jeg tror, vi kan komme et langt stykke hen ad vejen, hvis vi tænker lidt anderledes og får nedbrudt nogle faggrænser, så vi kan bruge de ressourcer, vi allerede har, lidt smartere. Jeg tror, at tværfaglige teams, hvor alle faggrupper bliver brugt på en anden måde end i dag, og hvor vi ikke holder fast i et rigtigt system, hvor det kun er lægen, der må udføre visse opgaver, vil kunne udnytte ressourcerne meget bedre.«

Fastholdelse af personale

Der foregår flere ting i regionerne i øjeblikket, når det drejer sig om at fastholde medarbejdere og forhindre hjerneflugt fra den offentlige sektor.



BENEDIKTE KIÆR er 37 år og medlem af regionsrådet i region Hovedstaden for de Konservative. Derudover er hun folketingskandidat i Nordsjælland. Blandt Benedikte Kiærs sundhedspolitiske mærkesager er mere forskning, nedbringelse af ventetiderne og behandling af høj kvalitet. Besøg Benedikte Kiærs hjemmeside her: www.c-benedikte.dk

»I region Hovedstaden forsøger vi at finde nogle løsningsmodeller for, hvordan vi kan rekruttere og fastholde personale. Vi er i fuld gang med dette arbejde, men det er meget vigtigt, at det foregår i tæt samarbejde med kommuner og medarbejderstab, så forløbet bliver så godt som muligt,« siger Benedikte Kiær, der sidder i regionsrådet i region Hovedstaden. Hun understreger, at der også nationalt er fokus på, hvordan der bliver optaget flere sygeplejersker på skolen, og hvordan lægerne kommer hurtigere igennem uddannelsessystemet.

Datidens politiske beslutninger spøger stadig

Når der i dag er lægemangel, skyldes det i høj grad den politiske beslutning om at skære i optaget til medicinstudiet, som daværende undervisningsminister Bertel Haarder traf i 1980'erne. Det mener i hvert fald flere af de unge politikere.

»Jeg vil faktisk gå så langt som til at sige, at det er Bertel Haarders katastrofale indsats som undervisningsminister i 1980'erne, der stadig den dag i dag påvirker sundhedsvæsenet. Vi har et stort efterslæb rent uddannelsesmæssigt, vi har ikke været dygtige nok og har ikke tænkt langsigtet,« siger Jonas Dahl, der er medlem af regionsrådet i region Midtjylland. Han bakkes op af Julie Skovsby fra region Syddanmark, der mener, at det rent uddannelsesmæssigt gik »galt for mange år siden«, men at der nu må tænkes fremad og fokuseres på at få uddannet mere sundhedspersonale.

»Tænk om vi kunne se på selve uddannelserne. Kan vi på en eller anden måde ændre uddannelserne, så de bedre passer



JULIE SKOVSBY er 28 år og medlem af regionsrådet i region Syddanmark. Hun er derudover folketingskandidat for Socialdemokraterne i Assenskredsen. Blandt de sundhedspolitiske mærkesager er et opgør med sundhedsforsikringerne og øget fokus på behandlingsgarantierne. Besøg Julie Skovsby's hjemmeside her: www.julieskovsby.dk

til den verden, vi lever i?» spørger Julie Skovsby med henvisning til, at man i USA opererer med begrebet »behandlersygeplejersker.«

Borgerne i centrum

Selv om de fem politikere ikke tilhører samme politiske parti, er der alligevel fællestræk, når de bliver spurgt, hvad det er for et sundhedsvæsen, de ønsker sig. Et af ønskerne er, at borgerne skal inddrages langt mere – borgerne skal i centrum.

»En af de helt store udfordringer er at skabe et borgernært sundhedsvæsen. Vi er allerede godt i gang med at opdele sundhedsvæsenet mellem det specialiserede på hospitalerne og det mere lokale, som kommunerne skal tilbyde. Udfordringen bliver at sørge for, at kommunerne får oprettet borgernære tilbud, og jeg er ikke i tvivl om, at sygehusene og kommunerne i fremtiden kommer til at samarbejde for at give borgerne den bedste behandling,« siger Anders Broholm fra region Nord.



JONAS DAHL er 29 år og medlem af regionsrådet i region Midtjylland. Derudover er han folketingskandidat for SF i Østjyllands Storkreds. Blandt de sundhedspolitiske mærkesager er en bedre forebyggelsesindsats og uddannelse af sundhedspersonale. Besøg Jonas Dahls hjemmeside her: www.jonasdahl.dk

»Jeg synes, det kunne være interessant, hvis vi fik skabt et system, hvor patienten er i centrum. Et sundhedsvæsen hvor vi for alvor gør brug af de kompetencer, som både patienter og pårørende har. Hvad om vi vendte sundhedsvæsenet lidt på hovedet, så det blev meget mindre system og meget mere individuelt brugervæsen?« foreslår Ellen Jeanette Bauer uden dog at have en konkret løsning på, hvordan det skulle kunne lade sig gøre, men det er den vej, hun ønsker, at sundhedsvæsenet skal bevæge sig.

FEM REGIONER · FIRE MÆND · EN KVINDE



Bent Hansen Orla Hav Kristian Ebbensgaard Vibeke Storm Rasmussen Carl Holst

De fem kendte ansigter

De har til sammen 56 års erfaring som amtsborgmestre og regionsformænd

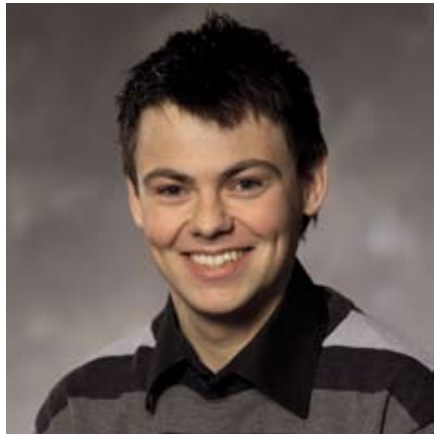
Du har hørt om dem. Du kender dem måske ligefrem. Det er "De fem kendte ansigter": Bent Hansen, Orla Hav, Kristian Ebbensgaard, Vibeke Storm Rasmussen og Carl Holst. Det er dem, der har magten i dag. De er regionsformænd. Dermed har de alle et stort ansvar for at udvikle det danske sundhedsvæsen.

Opgaven er lige til: Det danske sundhedsvæsen skal tilbage i absolut verdensklasse. Men vejen til målet er et sammensurium af løse tråde og labyrintiske blindgyder. Det er en vej, hvor behændige finter skal kombineres med en sjælden politisk folsomhed for, at både de selv og patienterne skal undgå fornemmelsen af at få revet tæppet væk under sig. De står med andre ord med regionernes absolut største opgave.

Alle fem spiller fremragende, og det med et minimum af instruktion. Alligevel kender ingen slutningen.

Bedre forebyggelse og hurtigere behandling

Ud over at sætte borgerne i centrum er der også ønske om at skabe et sundhedsvæsen, der i højere grad har fokus på forebyggelse samt hurtig diagnosticering og behandling.



ANDERS BROHOLM er 23 år, studerende og medlem af byrådet i Frederikshavn og regionsrådet i Nordjylland for Venstre. Blandt de sundhedspolitiske mærkesager er mere fokus på forskning og på det borgernære sundhedsvæsen. Anders Broholm er desuden Venstres folketingskandidat i Frederikshavn. Besøg Anders Broholms hjemmeside her: www.andersbroholm.dk

»Jeg håber, at vi kan få et sundhedssystem, hvor der bliver gjort en større forebyggende indsats, og hvor vi er hurtigere til at få igangsat behandling. Så tror jeg, at vi kan hjælpe mange flere mennesker for færre penge,« siger Jonas Dahl. Også Benedikte Kiær har fokus på hurtigere behandling. »Det skal være sådan, at når du bliver syg, så skal sundhedsvæsenet være i stand til hurtigt at finde frem til en diagnose og igangsætte behandlingen,« siger Benedikte Kiær. Det er, hvad vi som borgere i Danmark blandt andet skal kunne forvente os af sundhedsvæsenet.

Verdens bedste sundhedsvæsen

Danskerne bør desuden med rette kunne forvente et sundhedsvæsen, der skaber resultater i verdensklasse, for det har regeringen med sundhedsminister Lars Løkke Rasmussen i spidsen lovet. Der er et stykke vej, før det mål er nået, for Danmark halter fortsat betydeligt efter de lande, vi normalt sammenligner os med, men med etableringen af regionerne og de nye storkommuner er der taget skridt i retningen af at sikre, at rammerne for at skabe sundhedsresultater i verdensklasse er i orden.

Om det vil lykkes at skabe verdens bedste sundhedsvæsen, det har Anders Broholm, Jonas Dahl, Julie Skovsby, Jeanette Ellen Bauer, Benedikte Kiær og landets øvrige politikere et medansvar for.

m&m

Mit liv som forsøgsperson

Helle Buus er sygeplejerske, 60 år og på 4. år deltager i et klinisk forsøg, der afprøver et slankemiddel på personer, som tidligere har været ramt af en blodprop.

Helle Buus var ikke i tvivl, dengang for 4 år siden, da hendes mand viste hende en avisannonce, hvor der blev søgt efter forsøgspersoner til et forsøg på Rigshospitalet. Forsøget gik ud på at afprøve et velkendt slankemiddel på personer, der tidligere havde været ramt af en blodprop, havde diabetes eller for højt blodtryk. Helle Buus meldte sig, fordi hun i løbet af 10 år støt og roligt havde forøget sin vægt med 10-12 kilo. Med de mange ekstra kilo, en hang til god mad og en rygrad som en regnorm var idéen om at deltage i et forsøg med en slankemiddel ganske tiltalende.

»Jeg vil være helt ærlig og sige, at jeg ikke meldte mig til forsøget af medmenneskelighed, eller for at alle andre ville få glæde af det. Jeg gjorde det udelukkende, fordi det var et forsøg, som jeg også selv ville få noget ud af, og det har jeg fået. Jeg har tabt mig, jeg har fået undervisning og kostvejledning, og så bliver jeg stadigvæk hver 3. måned vejlet og får målt mit blodtryk. Det giver en trykthed at vide, at der bliver holdt øje med én,« siger Helle Buus.

Internationalt projekt med mange deltagere

Det projekt Helle Buus deltager i er et internationalt projekt, der løber over fem år. Projektet har i alt deltagelse af 12.000 personer på verdensplan. Fælles for alle deltagerne er, at de ikke ved, om de får slankepillen, eller om de kun får et uvirksomt præparat. Helle Buus er dog ikke i tvivl om, at hun får pillen med aktive indholdsstoffer.

»Jeg er sikker på, at jeg får slankepillen. Jeg kan mærke det på min krop,« siger Helle Buus, der bortset fra tørhed i munden og lidt besvær med at falde i søvn om aftenen, ikke har oplevet nogen bivirkninger ved at deltage i forsøget. Tværtimod har det været en meget positiv oplevelse, og hun er ikke bleg for at melde sig til et forsøg igen en anden gang.

»Jeg melder mig gerne igen og opfordrer også gerne andre til at deltage i forsøg, hvis de får muligheden. Jeg er ikke bange for at deltage i forsøg, men det er klart, at jeg som forsøgsperson også selv skal have noget ud af at deltage. Jeg forventer, at der er styr på tingene, og at det er den samme kompetente person, jeg møder hver gang, jeg kommer på hospitalet i forbindelse med forsøget. Det er vigtigt for mig, at den pågældende hele tiden interesserer sig for mig som patient, så jeg føler, at jeg får noget ud af at bruge en halv dag på at tage til Rigshospitalet og tilbage igen,« siger Helle Buus.

Forsøg endnu ikke afsluttet

Det forsøg, Helle Buus deltager i, afsluttes først om et år, og hvad, der dernæst skal ske, vides endnu ikke, men Helle Buus glæder sig til at høre resultaterne af det store forsøg, hun har været en del af. »Det bliver spændende at høre, hvad de finder ud af. I de år jeg har været med i forsøget, har jeg ikke måttet ændre i min medicin. Hvis jeg ikke havde været med i dette forsøg, havde jeg trappet mig selv ud af den blodtryksnænkende medicin, som jeg hele tiden har fået, da mit blodtryk nu ligger lavt. Men jeg ville have gjort det uden om lægen,« griner Helle Buus og understreger dermed, at hun bestemmer over sin egen krop – hun har bare, som så mange andre danskere, stillet den til rådighed for den kliniske forskning i en årrække.

m&m

Medicin til børn skal også testes

Fremover skal ny medicin til børn også afprøves på børn, før den kan blive godkendt i EU's lægemiddelagentur, EMEA. Men også mange eksisterende lægemidler kvalitets-sikres nu til børn.

Halvdelen af den medicin, lægerne i EU-landene ordinerer til børn, er kun blevet testet på voksne, men en beslutning i Europa-Parlamentet skærper markant kravene til medicin til børn og unge.

Perspektiverne for mere sikker medicin også til børn er ifølge overlæge Steffen Thirstrup i den danske Lægemiddelstyrelse store.

»De nye regler vil forhåbentlig betyde, at børn også vil få gavn af de mange nye typer medicin, der hele tiden kommer på markedet. I dag har megen medicinsk behandling af børn karakter af forsøg, fordi man ikke er sikker på effekten,« fortæller Steffen Thirstrup og præciserer, at ny medicin fremover først skal afprøves på voksne forsøgspersoner og dernæst videreudvikles til

børn. For lægemiddelvirksomhederne er gevinsten, at de får forlænget deres patentperiode for nye produkter med et halvt år, hvis de kan dokumentere, at et middel også er afprøvet på børn.

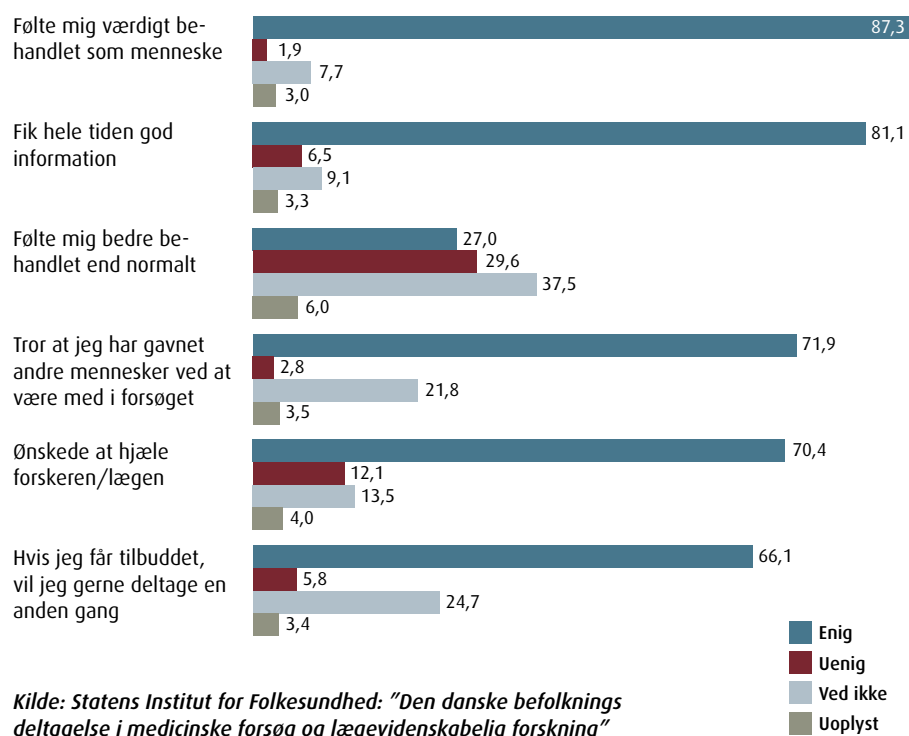
Interessen blandt lægemiddelvirksomhederne for at kvalitetssikre medicin til børn er stor. Før årsskiftet vurderede EMEA, at agenturet i 2007 skulle behandle 400 ansøgninger om godkendelse af forsøgsplaner, hvor også børn indgår, eller medicin som er testet specielt til børn, men ifølge direktør Thomas Lönngrén har EMEA ved udgangen af maj allerede modtaget over 500 ansøgninger.

m&m

Alle lægemidler beregnet til børn godkendt efter den 26. januar 2007 er også blevet testet på børn.

Fremover skal lægemiddelproducenterne fremlægge resultater af kliniske forsøg på børn for at få behandlet ansøgningen om godkendelse.

Oplevelser og vurderinger af deltagelse i forsøg angivet i % af adspurgte



Kilde: Statens Institut for Folkesundhed: "Den danske befolknings deltagelse i medicinske forsøg og lægevidenskabelig forskning"

Danskerne støtter lægemiddelforskning

Hvert år deltager 100.000 danskere i et lægemiddelforsøg. Den opbakning til forskningen er nødvendig, for uden forsøgspersoner udvikles ingen ny medicin.

Det er et lovkrav, at al ny medicin testes på mennesker, inden den kommer på markedet. Derfor er det påkrævet, at der i den danske befolkning er personer, som har lyst til at deltage i lægemiddelforsøg. Det er heldigvis også tilfældet, for ifølge tal fra Statens Institut for Folkesundhed vil danskerne gerne være med i lægemiddelforsøg. Alle forsøg, der gennemføres i Danmark, overvåges og kontrolleres af offentlige myndigheder, hvilket er med til at give forsøgspersonerne den bedst mulige sikkerhed.

Opgørelsen fra Statens Institut for Folkesundhed viser, at mere end 500.000

voksne danskere angiver, at de har deltaget i medicinsk forsøg eller lægevidenskabelig forskning, og alene det seneste år har over 100.000 voksne danskere deltaget i forskning eller forsøg. For hovedparten af forsøgsdeltagerne er motivet for at deltage, at de gerne vil hjælpe forskerne til at udvikle nye og bedre behandlinger, som kan komme andre patienter til gavn, og den nøje overvågning af forsøgspersoner betyder, at mange forsøgspersoner oplever, at de bliver behandlet bedre end som "almindelige patienter".

Forsøg på mennesker er de sidste forsøg, forskerne gennemfører, inden der bliver søgt om godkendelse af lægemidlet i Lægemiddelstyrelsen. Når Lægemiddelstyrelsen godkender et lægemiddel til salg i Danmark, er der ofte gået 10-12 år, siden forskerne gjorde de første opdagelser i laboratoriet.

m&m



»Det er lidt lige som med bankerne. Folk elsker at hade de store banker, men kan godt lide deres egen rådgiver.«

Jesper Bo Jensen

Branchen alle elsker at hade

Når vi bliver syge, forventer vi at få den nyeste og bedste medicin, men samtidig må medicinvirksomhederne helst ikke tjene penge. Det er et paradoks, for uden indtjening er der ikke penge til at udvikle ny medicin.

»Problemet er, at medicinbranchen tjener penge på noget, som folk anser for noget, der ikke skal tjenes penge på. I et land, hvor vi har en offentlig sundhedssektor, er det problematisk at tjene penge på lægemidler.« Sådan lyder en del af forklaringen fra fremtidsforsker Jesper Bo Jensen, når han bliver spurgt, hvorfor folk elsker at hade medicinbranchen. Men det er ikke den eneste forklaring.

»Folk har meget svært ved at forstå hele patentsystemet, og hvorfor medicinselskaberne tager så meget for ny medicin. I Danmark er alle med til at betale via skatten. Hvis det var en privat sundhedssektor, ville det kun være de syge, der betalte,« fortsætter Jesper Bo Jensen.

Et spørgsmål om image

Det er ikke nogen hemmelighed, at medicinbranchen tjener penge på at sælge medicin, og dermed tjenes der per definition også penge på syge mennesker. Det er ikke noget, der tæller på imagesiden, men medicinbranchen er mere end bare det. Det er også en branche med en årlig eksport på knap 40 mia. kroner og dermed Danmarks næststørste eksportvare, kun overgået af olie fra Nordsøen, og altså langt større end for eksempel landbrugseksporten, som mange fejlagtigt stadig tror, er blandt Danmarks vigtigste eksportvarer. Samtidig leverer medicinbranchen viden, vækst og tæt på 17.000 arbejdspladser til Danmark.

»Det er lidt lige som med bankerne. Folk elsker at hade de store banker, men kan godt lide deres egen rådgiver. Det er medicinbranchen som sådan, der har et problem – ikke de enkelte virksomheder,« slutter Jesper Bo Jensen.

m&m



Lægemiddelindustrien har mellem 2000 og 2005 stillet nok sundhedsaktiviteter til rådighed til at hjælpe 539 millioner mennesker eller mere end 2/3 af befolkningen i Afrika syd for Sahara. Lægemiddelindustriens indsats skønnes at være 4,4 mia. dollars værd.

Kilde: IFPMA og London School of Economics

Lægemiddelindustrien tager aktivt medansvar for at bekæmpe sygdomme og øge sundhedstilstanden i udviklingslandene. Det sker igennem projekter, der skal forbedre vilkårene for verdens fattigste.

Det er ikke så ofte, at de positive historier om lægemiddelindustriens engagement i verdens fattigste lande finder vej til avisernes spalter, der i stedet domineres af artikler om patentretssager og høje medicinpriser. Faktum er dog, at den internationale lægemiddelindustri er involveret i en række sundhedsprojekter i verdens udviklingslande. Dermed tager medicinindustrien et medansvar for, at de sundhedsrelaterede Millennium Development Goals, som FN's medlemslande vedtog i år 2000, bliver opfyldt. Et af målene er blandt andet at bekæmpe hiv/aids inden 2015.

Og der er god grund til at fokusere på hiv/aids, som hvert år koster 3 millioner menneskeliv. Næsten 40 millioner mennesker er smittede med den frygtede virus, og antallet af smittede stiger hvert år. Hovedparten af de smittede bor i Afrika syd for Sahara, og det er også i dette område af verden, at lægemiddelindustrien er involveret i flest projekter.

Medicin uden fortjeneste

Lægemiddelindustrien sætter ind på flere fronter, når det gælder bidraget til bekæmpelsen af hiv/aids. Blandt andet er der udviklet en særlig test, der i løbet af 15 minutter kan afsløre, om en person er smittet med virus. Testen kræver ikke brug af laboratorieudstyr eller elektricitet og kan derfor anvendes i de egne af verden, hvor sundhedssystemerne ikke er veludviklede. Det at kunne opspore hiv-smitte er en afgørende forudsætning for at kunne forebygge spredningen af sygdommen, og dermed er den hurtige test en vigtig del af bekæmpelsen af hiv/aids. Eksempelvis er det for gravide afgørende at vide, om de er smittede, fordi de risikerer at give smitte videre til deres børn enten under selve graviditeten eller efterfølgende gennem amning.

Millionvis af den særlige test er sendt til verdens udviklingslande uden fortjeneste for lægemiddelindustrien. Det samme gør sig gældende for blandt andet livsforlængende antiretroviral (ARV) medicin.

»De syv store lægemiddelproducenter, som udvikler ARV-medicin, sælger den alle uden fortjeneste til de fattigste lande,« siger kommunikationsdirektør Guy Willis fra den internationale brancheorganisation for lægemiddelindustrien, IFPMA, og fortsætter: »Den største udfordring for forskerne i lægemiddelindustrien i øjeblikket er at finde en effektiv hiv/aids-vaccine. Det er endnu ikke muligt at helbrede hiv/aids, så fortsat forskning og udvikling er helt essentiel, men skal finansieres via salg af nuværende lægemidler. Medicinvirksomheder har allerede udviklet 22 ARV-lægemidler og er ved at udvikle yderligere 35 præparater og 19 vacciner.«

Andre udfordringer end hiv/aids

Men desværre er hiv/aids ikke den eneste sygdom, som fastholder især Afrika som et "svækket" kontinent. Også tuberkulose, malaria, ormeinfektioner og andre tropiske sygdomme koster hvert år millioner af menneskeliv – hvoraf mange af dem er børn. Der ligger en stor opgave forude, hvis det for alvor skal lykkes at ændre sundhedstilstanden blandt verdens fattigste, og det er ikke en opgave, som lægemiddelindustrien kan løse alene. Der er behov for, at regeringer, NGO'er og den private sektor indgår i forpligtende samarbejder.

»Det kræver en global mobilisering af forbedre sundhedssektoren i udviklingslandene. Lægemiddelindustrien kan hjælpe med til at løse de massive sundhedsproblemer i de fattige lande, men kan ikke løse dem alene. Industriens primære rolle er at udvikle ny og effektiv medicin, behandling og vacciner, også til de sygdomme som primært rammer de fattige lande: hiv/aids, tuberkulose, malaria og tropiske sygdomme,« siger Guy Willis og understreger, at lægemiddelvirksomheder i de senere år har oprettet særlige centre, hvor der bliver forsket i sygdomme, som primært rammer udviklingslandene.

Patentspørgsmålet

Medicinvirksomheder kritiseres ofte for at insistere på deres patentrettigheder, men hele patentspørgsmålet er misforstået, mener formand for den tyske lægemiddelindustriforening Andreas Barner.

»Faktum er, at patenter beskytter intellektuelle rettigheder, uden dem ville udviklerne miste interesse for fortsat at forske. Uden lægemiddelindustriens forskning i de seneste 20 år ville der formentlig ikke have været nogen hiv-medicin. Og det ville have været katastrofalt. På samme måde vil nuværende og fremtidige sundhedsproblemer kun blive løst, hvis virksomhederne har råd til forskning, det vil sige, når resultaterne af forskningen udmønter sig i patentbeskyttede lægemidler. Patenter er ikke en forhindring for adgang til medicin i Afrika. Mange af de lægemidler, der er nødvendige i Afrika, har længe været patentfrie, men fraværet af patenter har ikke resulteret i, at medicinen er nået frem til hovedparten af patienterne. Det er fejlagtigt at tro, at sundhedsproblemer kun kan løses ved at bryde patenterne,« siger Andreas Barner.

Et kapløb med tiden

Bekæmpelsen af ulandsspecifikke sygdomme er et kapløb med tiden. Hver dag dør 15.000 mennesker af aids, tuberkulose og malaria. Dette faktum er årsagen til, at lægemiddelindustrien involverer sig i lokale og internationale partnerskaber, der skal sikre befolkningerne i udviklingslandene en bedre og mindre sygdomsfyldt fremtid.

m&m

Læs rapporten "Partnerships to Build Healthier Societies in the Developing World" på www.lif.dk



ttighed

Foto: Merck & Co., Inc., Bill Vander-Decker

Ikke kun et spørgsmål om medicin

Den største udfordring i den globale kamp mod hiv/aids i udviklingslandene er ikke længere udgifterne til medicinen. I dag er den største barriere for effektiv behandling i en række af verdens fattigste lande dårligt udrustede lægeklinikker og manglen på læger.

Ingen eller dårligt udrustede lægeklinikker betyder, at befolkningen er afskåret fra ordentlig behandling. Det vurderer Verdensbanken, der hjælper med udbygningen af udviklingslande.

»Selvom omkring to millioner patienter i udviklingslandene allerede er i behandling for hiv/aids, så betyder den manglende udbygning af sundhedsvæsenet, at behandlingsprogrammerne ikke udnyttes fuldt ud,« siger dr. Debrework Zewdie, leder af Verdensbankens globale hiv/aids projekter.

»Den største udfordring er ikke penge, men begrænsningerne i sundhedsvæsenet i de udviklingslande, hvor behovet rent faktisk er størst,« siger Zewdie og nævner som eksempel, at manglen på noget så simpelt som køleskabe til opbevaring af hiv/aids medicinen betyder, at medicinen ikke kan holde sig i varmen. Samtidig er der i mange udviklingslande mangel på sengepladser og andet teknisk udstyr.

Samtidig betyder manglen på læger og plejepersonale, at der mangler personer, som kan igangsætte og hjælpe patienterne med at gennemføre behandlingen.

»Der er desperat mangel på blandt andet uddannede læger, som både kan behandle patienter og tilrettelægge de optimale behandlingsforløb,« fastslår Zewdie og påpeger, at der for eksempel i Etiopien er under 2.000 uddannede læger, eller hvad der svarer til en læge for hver 100.000 indbyggere.

I Danmark er der til sammenligning ca. 350 læger pr. 100.000 indbyggere.

m&m



Med børnene i Nairobi

Lisa Henry, katastrofechef i Folkekirkens Nødhjælp

Tidligere udstationeret i Nairobi som regional repræsentant og ansvarlig for Folkekirkens Nødhjælps projekter i Sydsudan og Kenya.

Lisa Henry tog til Nairobi med sine fire børn og forventede at finde dét land, som familie og venner havde advaret hende om: et farligt land. I stedet fandt hun en imødekommende, smilende, arbejdsom og engageret befolkning, fyldt med arbejdsglæde og entusiasme.

»Det jeg oplevede som værende det største problem var sygdom. Det skete ofte, at en

lokalt ansat kollega lagde sig syg fra kontoret med feber. Feber betød altid malaria. De fleste indbyggere i Nairobi har ikke noget myggenet. Det skete også påfaldende ofte, at en kollegas familiemedlem døde af hiv/aids. Men det kunne også være helt simple ting som en dårlig kloakering eller et manglende kloaksystem, der gjorde, at der kom bakterier i maden og drikkevandet. De sundhedsmæssige barrierer - sådan noget som at vaske hænder efter toiletbesøg eller at huske at købe sæbe - er også et påtrængende problem, fordi det endnu ikke er rutine, og dermed er det en kulturel udfordring.«

Hvad betyder medicin for indsatsen?

»Hiv/aids giver store komplikationer for de familier, der er ramt. Som smittet får du en status som hiv/aidsramt, og det betyder, at du resten af dit liv skal tage daglig medicin. Det er en finansiell udfordring for en familie med børn, og ofte vælger kvinderne at tage sig af deres børn frem for at bruge penge på medicin til sig selv. Det har jeg ofte oplevet. Men der er også en del af befolkningen, der vælger ikke at tage medicin af kulturelle årsager. De frygter at blive stigmatiseret og holdt uden for fællesskabet. På kontoret tilbød vi at teste personalet, og blev de testet hivpositive, blev de støttet finansielt til behandlingen. Men det er helt afgørende, at medicinen bliver billigere, og at der sættes forebyggende ind mod malaria. Befolkningen har desuden brug for at blive oplyst om sundhed og sygdomsforebyggelse,« siger Lisa Henry.

m&m

Hvordan holder skærm-troldene sig i form? Hvornår har du sidst fået målt dit blodtryk?



Foto udlånt af DR

EVA JØRGENSEN, studievært på Deadline, DR 2

Hvad gør du for at holde dig sund?

»Først og fremmest tænker jeg over min kost. Jeg sørger for at få seks stykker frugt om dagen og spiser i det hele taget meget grønt. Og så vil jeg altså helst have, at maden er økologisk, hvis det ikke er alt for dyrt. Jeg dyrker ikke direkte motion, men jeg går meget og er generelt meget udendørs og i bevægelse. Desværre ryger jeg, det er min sundheds akilleshæl - men ligesom alle andre prøver jeg konstant at holde op.«

Hvornår har du sidst fået målt dit blodtryk?

»Det var, da min søn blev født, så det er omkring to år siden.«

KIM BILDSØE LASSEN, studievært på TV-Avisen, DR 1

Hvad gør du for at holde dig sund?

»Jeg dyrker meget motion. Jeg cykler, spiller golf, tennis, badminton og fodbold og løber en gang imellem, så jeg dyrker motion 3-4 gange om ugen. Jeg er også meget optaget af at spise varieret, at få en masse grønt og fisk en gang om ugen. I det hele taget prøver jeg at være opmærksom på min kost - både for min egen og min families skyld. Men selvom jeg taler meget med mine børn om det, så kan det være svært at få dem overtalt. Sådan er det nok bare med teenagebørn.«

Hvornår har du sidst fået målt dit blodtryk?

»For omtrent et halvt år siden i forbindelse med en sundhedsundersøgelse.«



Foto udlånt af DR



Foto: Agnete Schlichtkrull

LOTTE THOR-JENSEN, studievært på DR Update

Hvad gør du for at holde dig sund?

»Jeg spiser mange grøntsager og meget frugt, og så drikker jeg meget vand. Jeg spiser i det hele taget meget forskellig mad for at få dækket alle kroppens forskellige behov, for eksempel groft brød for at få kerner og fibre og laks for at få fiskeolien. Derudover løber og cykler jeg og dyrker lidt styrketræning, så jeg får da motioneret lidt, selvom det ikke er helt nok. Og så ryger jeg ikke.«

Hvornår har du sidst fået målt dit blodtryk?

»Det er omtrent et år siden.«

JESPER STEINMETZ, studievært på TV 2 Nyhederne

Hvad gør du for at holde dig sund?

»Jeg spiser en masse piller! Nej, spøg til side... Jeg løber og dyrker styrketræning efter et helt fast skema minimum tre gange om ugen og gerne mere. Hvad angår kost, så gider jeg ikke økologi - den er jeg ikke hoppet med på. Men jeg er en af dem, der hele tiden kigger bag på pakkerne og generelt går efter varer med et lavt fedtindhold. Det betyder dog ikke, at jeg er hellig. Jeg kan sagtens spise en stor bøf og pommes frites, men så ved jeg også godt, at jeg skal træne lidt ekstra dagen efter.«

Hvornår har du sidst fået målt dit blodtryk?

»Det er kun halvanden måned siden, og det var så fint, som det kunne være.«



Foto: Miklos Szabo for TV 2

Et styk sundhedspolitik, tak!

Sundhed er en af de største politiske udfordringer lige nu. Der er gjort flere tilløb til at beskrive de samlede udfordringer, og over de seneste år er der tilført betydelige ressourcer til området. Alligevel kan det synes som om, der mangler en samlet sundhedspolitik.

I mere end to år arbejdede regeringens Velfærdskommission, og selvom statsminister Anders Fogh Rasmussen (V) hurtigt gjorde det klart, at regeringen i første omgang kun ville plukke i forslagene, var mange overraskede over, at statsministeren skød Velfærdskommissionens forslag ned kort efter offentliggørelsen i december 2005. Selvom det egentlig kun var forslaget om en kortere dagpengeperiode, der skulle lægges dødt, så ramte statsministerens kommentar også betænkningens forslag på eksempelvis sundhedsområdet.

Hos Velfærdskommissionens daværende formand, professor Torben M. Andersen, er der forståelse for de politiske reaktioner.

»Den politiske debat om velfærdsudfordringerne er både karakteriseret ved realisme og et ønske om at handle, men samtidig også en undervurdering af nogle udfordringer og problemer, vi står over for, og hvor udviklingen det sidste halve år har overhalet virkeligheden,« siger Torben M. Andersen og fortsætter: »De spørgsmål, Velfærdskommissionen rejste, kan sammenfattes som "velstands dilemmaet", altså at udviklingen i samfundet gør, at vi hver især bliver rigere og rigere, men at vi så også samtidig stiller stadigt større krav til opgaveløsningen. Illustreret ved sundhedsområdet betyder det, at lægerne bliver dygtigere, mere er muligt, og derfor flytter kravene fra befolkningen sig.«

Uindfrie forventninger

Ifølge Torben M. Andersen betyder den udvikling, at der er et stigende spænd mellem, hvad det offentlige realistisk kan levere, og hvad borgerne synes er rimeligt. Et spænd, der er kommet til udtryk – ikke kun på sundhedsområdet – men også i forhold

til normeringer og tilbud på plejehjem og i børnehaver.

»Vi gjorde stille og roligt opmærksom på denne udvikling, men vi kan også se, at udviklingen er gået langt hurtigere, og at spændet derfor allerede er markant og derfor svært at løse, uden at der tilføres flere midler.«

»Desværre kom diskussionen i forlængelse af Velfærdskommissionens arbejde til at handle for meget om "penge" og ikke så meget om indholdet i forslagene. Man kan jo se nu, at der ikke var noget forkert i vore analyser, og det indholdsmæssige er da også omdrejningspunktet i trepartsaftalen og kvalitetsreformen.«

Ønsket om en sammenhængende formulering af udfordringerne på sundhedsområdet kan Lars Andersen, direktør i Arbejderbevægelsens Erhvervsråd, godt nikke genkendende til.

»Der, hvor udviklingen lige nu galoperer derudad, er netop på sundhedsområdet. Der kommer for eksempel hele tiden ny medicin. Den vil folk naturligvis gerne have. Og det er helt naturligt. Nøjagtigt som vi også på skolerne har erstattet tavle og kridt med computere.«

Danmark bruger mindst på sundhed

Lars Andersen påpeger dog samtidig, at Danmark er blandt de lande, hvor sundhedsudgifterne udgør den mindste del af bruttonationalproduktet: »De offentlige udgifter er under ét på niveau med udgifterne i starten af 80'erne. Udfordringen består i, at sundhedsområdet er aktivitetsstyret, og det er ustyrligt. Det, der sker nu,

er, at udbuddet af ydelser tilpasses efter spørgslen.«

Såvel Lars Andersen som Torben M. Andersen påpeger derfor, at når vi nu har et skattefinansieret velfærdssystem, så er det en væsentlig politisk opgave på længere sigt at påvirke befolkningens forventninger til, hvad det offentlige realistisk kan løfte.

»Velfærdskommissionen kom med forslag inden for hele serviceområdet, men politisk kan man ikke have så mange bolde i spil, man er nødsaget til at tage dem en efter en, og derfor er et væsentligt element i kvalitetsreformen også, hvad kan man gøre for de samme midler. Man kan dog ikke løse alle problemer ved at tilføre flere midler, men lige nu er vi i en situation, hvor økonomien er gunstig,« siger Torben M. Andersen.

Tæt dialog

For Lars Andersen er det samtidig vigtigt at være opmærksom på, at interesseorganisationer og embedsmænd typisk har tæt dialog forud for lovforslag og reformer.

»Generelt i Danmark har vi ikke samme tradition som i Sverige og til dels i Tyskland for, at man sætter betækningsarbejde i gang, og så tager det alvorligt. Herhjemme er det embedsmandsstanden, der sidder – om ikke tungt på politikformuleringen – så i hvert fald er penneførere på analyse og implementering, alt sammen i dialog med interesseorganisationer som Arbejderbevægelsens Erhvervsråd og Lægemedicindustriforeningen.«

Regeringens kvalitetsreform ventes offentliggjort inden udgangen af august 2007.

m&m



Decentralt sundhedsvæsen, der styres centralt

Fortsat fra side 3

Er det muligt at prioritere de områder, hvor man skal lave handlingsplaner?

»Ja, det burde være muligt. Der skal fortsat prioriteres. Ellers kan man være bekymret for, at så tager vi kræft, så tager vi diabetes, så tager vi hjerter og så videre. Det er jo i virkeligheden, at man piller områder ud. Spørgsmålet er jo så, hvilke andre områder er ikke trukket ud? Og derved kan det godt ske, at der kommer en forfordeling og en utilsigtet prioritering til fordel for de områder, hvor der er en handlingsplan på bekostning af områder, hvor der ikke er en handlingsplan. Så det er en hårfin balance.«

Kan man forbedre de danske sundhedsresultater ved at gennemføre systematiske helbredsundersøgelser?

»Der er jo noget, der tyder på, at det at have en årlig samtale med den praktiserende læge har en vis effekt. Men man skal passe på, når man "ruller" sådan noget ud, for så skal det jo være en samtale med en læge, og dermed en læge som kender patienten, og der skal også være sundhedspædagogiske metoder, som kan være med til at få folk til at ændre sig. Dokumentation peger dog i retning af, at det faktisk kan være værd at overveje.«

Et væsentligt bidrag til bedre kvalitet og dermed til bedre behandlingsresultater kan ifølge Kjeld Møller Pedersen opnås ved at tilskynde de praktiserende læger til at gå sammen i større grupper for dermed at udnytte de lægelige ressourcer bedre og samtidig give mulighed for faglig sparring.

m&m

»Når man først er blevet brugt i medierne, er der ofte en "sneboldseffekt," hvor også andre journalister bliver opmærksomme på mine udtalelser. Hertil kommer, at jeg har et meget bredt kendskab til det danske sundhedsvæsen og derfor kan kommentere på relativt mange forhold sammenlignet med andre.«



Kjeld Møller Pedersen, Professor i sundhedsøkonomi ved Syddansk Universitetet

Sundhedens mediedarlings

I de seneste år har emnet sundhed været solidt højt placeret på den offentlige såvel som den politiske dagsorden, og det afspejler sig også i mediernes prioriteringer, hvor sundhedsvæsenet ofte tages under kritisk behandling. Men ligesom ved ethvert andet stofområde er mediernes journalister afhængige af eksperter, som er dybt nede i områdets substans og detaljer, og som kan kommentere, vurdere og udrede forholdene. medicin&mening har undersøgt og kortlagt, hvilke sundhedseksperter der oftest nævnes i de trykte medier. Antallet af citater er ofte lig med indflydelse, eller i hvert fald påvirkning af den offentlige dagsorden på sundhedsområdet. Uanset om de nævnte "mediedarlings" udtaler sig inden for det område, hvor de er eksperter, eller sundhedspolitisk i bredere forstand.

Undersøgelsen er baseret på 1.277 artikler, som er bragt i 77 danske dagblade i perioden 1. januar 2006 - 31. juli 2007. I opgørelsen har vi fortrinsvis fokuseret på akademikere og læger, som beskæftiger sig med sundhedsvæsenet som det primære emne, og livsstils- og motionseksperter som eksempelvis Politikens Chris MacDonald er derfor ikke med i opgørelsen.

Den sundhedsekspert, som er nævnt flest gange i de trykte medier, er Kjeld Møller

Pedersen, der i det daglige er professor i sundhedsøkonomi ved Syddansk Universitet. Kjeld Møller Pedersen er kendt af mange avislæsere for sine vurderinger af strukturen i sundhedsvæsenet. Efter Kjeld

Møller Pedersen kommer Bente Klarlund, professor og formand for det Nationale Råd for Folkesundhed, og Jakob Kjellberg fra Dansk Sundhedsinstitut.

m&m

Kjeld Møller Pedersen	629
Bente Klarlund	494
Jakob Kjellberg	330
Claus Møldrup	202
Finn Kamper-Jørgensen	131
Jes Søgaard	123
Niels Høiby	112
Jens Peter Kampmann	70
Finn Diderichsen	70
Liselotte Højgaard	67

Kjeld Møller Pedersen, professor i sundhedsøkonomi ved Syddansk Universitet; Bente Klarlund, professor og formand for det Nationale Råd for Folkesundhed; Jakob Kjellberg, sundhedsøkonom fra Dansk Sundhedsinstitut; Claus Møldrup, lektor, ph.d., Det Farmaceutiske Fakultet, Københavns Universitet; Finn Kamper-Jørgensen, direktør for Statens Institut for Folkesundhed; Jes Søgaard, direktør for Dansk Sundhedsinstitut; Niels Høiby, professor, overlæge, dr.med., Rigshospitalets Klinisk Mikrobiologisk Afdeling; Jens Peter Kampmann, dr. med., institutchef, Institut for Rational Farmakoterapi; Finn Diderichsen, professor dr.med., Københavns Universitet; Liselotte Højgaard, professor, dr. med., klinikchef, Rigshospitalets Klinik for Klinisk Fysiologi og Nuklearmedicin.

Medicin ... Lif ... hvad tænker du på?

medicin&mening har bedt fire medlemmer af Folketingets Sundhedsudvalg om deres bud på de største udfordringer lige nu på sundhedsområdet. Først skulle folketingsmedlemmerne skrive det første ord, de tænkte på, når debatten om medicin eller Lægemedelindustriforeningen dukker op i medierne.

Sophie Hæstorp Andersen
Socialdemokraterne

FOREBYGGELSE SKAL STARTE HOS BØRNENE

Det første, der falder Socialdemokraternes Sophie Hæstorp ind i forbindelse med medicin, er de lange køer på apotekerne. Det er imidlertid ikke det, hun anser for at være årsagen til de dårlige danske sundhedsresultater: »Jeg tror, at de ringe danske sundhedsresultater skyldes en kombination af flere forskellige ting. Vi er lang tid om at indføre ny medicin i Danmark. Når vi sender anbefalinger ud, så er det netop kun anbefalinger, og pengene kommer generelt aldrig helt i takt med den medicin, patienterne egentlig har brug for. Og så har vi alt for lidt fokus på forebyggelse. Vi bør som det første opstille nationale målsætninger for, hvordan folkesundheden forbedres.«

Hvad skal prioriteres som det første i sundhedsvæsenet i fremtiden?

»Jeg synes, man skulle prioritere forebyggelse for børnene højest, fordi det jo i virkeligheden er der, vi virkelig kunne gøre en stor forskel i de kommende år, når det gælder sundhed mere generelt. Kunne vi få de unge til at spise bedre og bevæge sig mere og i det hele taget få lavet nogle sunde vaner, så tror jeg, at det holder langt ind i voksenlivet. Men når det er sagt, så bliver vi selvfølgelig også nødt til at se på sundhedsvæsenet. Der synes jeg, at vi har en meget stor ulighed i, hvordan vi har grebet det an i de senere år. Der er mange ældre mennesker, der har dårlige vilkår på sygehuse, fordi vi prioriterer ventelister over akutte ældre patienter.«

Birthe Skaarup
Dansk Folkeparti

BEDRE FOREBYGGELSE AFHJÆLPER ULIGHED

»Kvalitet i behandlingen = bedre medicin«. Det var Birthe Skaarups, formand for Folketingets Sundhedsudvalg, første indskydelse i forbindelse med medicin, en indskydelse Birthe Skaarup gerne uddyber: »Jeg synes, at vi her i Danmark ikke er så hurtige til at få indført ny medicin, som vi skal være. Jeg kan ikke forstå, at når man har afprøvet medicinske præparater i udlandet med gode resultater, hvorfor det så skal igennem hele den bureaukratiske mølle, som præparaterne kommer igennem her i Danmark. Det forsinker hele den medicinske behandling over for de grupper af patienter, der har hårdt brug for den nye medicin for at sikre en bedre sundhedstilstand og for at sikre overlevelse.«

Derudover mener Birthe Skaarup, at en opprioritering af forebyggelsen vil have en positiv effekt på de danske sundhedsresultater, som i dag ikke er specielt gode:

»Vi taler meget om, at midlertidigheden i Danmark er lavere end i mange af de lande, vi sammenligner os med. Men det er helt klart for mig, at hvis vi satte tidligere ind med forebyggelse, så ville vi undgå en masse sygehusindlæggelser. Jeg har sagt det i flere år, men jeg er helt overbevist om, at vi vil se mere til det fremover – også for at udligne uligheden i sundheden, som især rammer de lavere sociale grupper. Ved at få netop dem med til noget bedre forebyggelse, kan de komme på højde med den resterende del af befolkningen.«

Charlotte Fischer
Det Radikale Venstre

SUNDHED KAN IKKE BARE PRODUCERES

Charlotte Fischer fra Det Radikale Venstre er kritisk over den generelle holdning i sundhedsvæsenet:

»I vores sundhedsvæsen har der været fokuseret rigtigt meget på produktion i de sidste mange år. Det er vigtigt, at vi får behandlet mange patienter, og at det går hurtigt, men der har også været et for ensidigt fokus på ventetider og ventelister, og hele kvalitetssiden har eksisteret bag kulisserne og haft sit liv. Nu tror jeg, at det handler om, at kvaliteten skal i fokus igen – også hos os politikere, når vi prioriterer, hvordan vi skal udvikle sundhedsvæsenet. Vi skal huske på, at det er vigtigt med produktion, men det er mindst lige så vigtigt, at der er høj kvalitet, og at den bliver ved med at udvikle sig.«

Du skrev "etik" på dit skilt. Hvorfor?

»Det skyldes, at lægemiddelindustrien hele tiden har en meget stor opgave i ikke bare at blive opfattet som nogle, der bare leverer piller, men også som nogle, der er med til at udvikle et ordentligt sundhedsvæsen og et etisk rigtigt sundhedsvæsen.«

Preben Rudiengaard
Venstre

BEDRE SAMARBEJDE KAN STYRKE SUNDHEDSVÆSENET

Preben Rudiengaards umiddelbare reaktion på spørgsmålet er "medicinalindustrien = en nødvendig aktør i det danske sundhedsvæsen"; et udsagn, Rudiengaard forklarer sådan: »Lægemedelindustrien er en vigtig aktør i sundhedsvæsenet, for vi kan ikke behandle folk uden at have noget ordentlig, veldokumenteret medicin. Men jeg vil også sige, at vi har for mange perifere aktører, som blot sidder og venter på, at patenterne udløber, så de kan komme ind på markedet, og så har vi kunnet registrere, at efter en tid med lave priser, stiger disse pludseligt. Dette finder jeg uhensigtsmæssigt for både udvikling og økonomi.«

Hvorfor har vi efter din opfattelse så ringe sundhedsresultater i Danmark?

»For mig at se har det at gøre med, at vi har for mange aktører inden for sundhedsvæsenet. Vi har både en sundhedsstyrelse og regioner, og nu er kommunerne også kommet med og så videre. Der er alt for meget krig imellem sektorerne. Man arbejder ikke ordentligt sammen, og det er jo det, som præger patienternes oplevelser. Folk klager altså ikke over, at der måske er begået en lille fejl hos kirurgen, fordi han kom til at snitte lidt for dybt eller forkert. Nej, det, de klager over, er, at der ikke er tid til den eksistentielle samtale, og det er et af problemerne. Vi slås indbyrdes. Vi bureaukratiserer det her. Al ære og respekt for både de der jurister og økonomer, der sidder og styrer det, men de sidder kun på de rå data – og dem i sundhedsvæsenet, der er uddannede læger, de er nok gode til deres fag, men de er måske ikke de allerbedste administratorer. Så kommer den krig, og det bruger vi alt for mange ressourcer på.«

m&m



Sophie Hæstorp Andersen, Socialdemokraterne, er ikke i tvivl og skriver "Kø på apoteket" på sit skilt.

Formand for Folketingets Sundhedsudvalg, Birthe Skaarup fra Dansk Folkeparti, tænker sig kort om og skriver så: "Kvalitet i behandlingen = bedre medicin".

"Etik". Så kort og klart sammenfatter den Radikale Charlotte Fischer sin første tanke.

"Medicinalindustrien = en nødvendig aktør i det danske sundhedsvæsen", lyder det fra Preben Rudiengaard fra Venstre.

sådan er vi også

Kyllingemoragtig, empatisk og tonsesej

Navnet er Lyngvig. Jytte Lyngvig. Hun er direktør i Lægemedelstyrelsen, hvor hendes vigtigste funktion er at sikre lægemidler, der bruges af levende væsner. Hun er i topform og 100 procent klar, hvis mission Rapid Alert skulle blive sat i gang.

I Lægemedelstyrelsen, der har til huse på Bryggen, nærmere betegnet Axel Heides Gade 1, sidder 400 medarbejdere, der er dedikeret til at yde borgerne den nødvendige information og viden om lægemidler. De arbejder for at sikre, at den bedste medicin med færrest bivirkninger er tilgængelig på det danske marked. Informationerne er nøje beskyttet. Alle rum er aflåst med nøglekort, der sikrer, at ingen informationer kommer ud.

»Jeg er ansvarlig for Lægemedelstyrelsen,« siger Jytte Lyngvig, efter hun har flashet nøglekortet foran den aflåste dør.

»Min vigtigste funktion er at sikre, at de, der har brug for os og er afhængige af os, får den behandling, de med rette kan forvente. Vi arbejder i samfundets tjeneste, og det skal vi gøre godt.«

Vi er vores egen største fjende

Men selvom sikkerheden er i top inde i huset, bevæger den største trussel sig stadig frit omkring derude. For da jeg spørger

at helhedsbetragtningen ikke får lov til at folde sig ud. Jeg synes ligesom alle andre, at vi alle sammen skal behandles for alle sygdomme. I den debat er der naturligvis en risiko,« siger Jytte Lyngvig.

Hvor kan patienterne mærke, at du gør en forskel for deres sundhed?

»Jeg håber, de kan mærke det ved, at der kommer lægemidler på markedet. Der er mere information om lægemidler, vi har blandt andet åbent hus for borgerne på Kulturnatten, og så har vi en bivirkningsovervågning, som dog bestemt kan blive bedre. Men jeg tror i virkeligheden, at det, borgerne kan mærke, er noget, de helst ikke skal kunne mærke – nemlig at det hele fungerer.«

Balancen mellem virkning og bivirkning er vigtig for Jytte Lyngvig, der vejer patient-sikkerheden efter denne balance.

»Det er dét, vi skal bruges til. Og det er der ikke andre, der gør i Danmark,« siger



»Jeg har mange idéer, meget energi og meget engagement. Men samtidig er jeg meget utålmodig og ekstremt kvalitetsorienteret, og de to ting stemmer naturligvis sjældent overens.«

ikke bliver stressede på den dårlige måde, så har vi en basis for sundhed. Sundhed er både fysisk og psykisk. Sundhed handler om at have en sund sjæl og et sundt legeme – hvad det så end betyder. Når det så er sagt, så kommer vi alle sammen i situationer, hvor vi har brug for medicin, og vi har brug for et velfungerende sundhedsvæsen,« siger Jytte Lyngvig. Og selvom hun mener, der er nogle ting i det danske sundhedsvæsen, som ikke fungerer på systemsiden, så er hun glad for at blive gammel i Danmark.

»Jeg plejer at sige om medicin: "man skal ikke bare tage det, men man skal tage det, når man har brug for det." Medicin kan være rigtig godt nogen gange og rigtig skidt andre gange. Vi går rundt og tror, vi er så kloge, men der er jo stadig meget uopdaget land. Vi er ikke en mirakelindustri, men derfor kan vi jo godt have en funktionalitet, som er i orden.«

Kvinder er opdraget mere kyllingemoragtigt

Siden matematisk gymnasium har Jytte Lyngvig været i mindretal som kvinde. Det ændrede sig dog brat, da hun startede i Lægemedelstyrelsen, hvor flertallet af medarbejderne er kvinder. Her er mændene i undertal.

»Kvinder, der er blevet direktører, de er flittige,« siger Jytte Lyngvig, der ligesom mange andre kvinder i ledende stillinger ikke slipper taget om hjemmet.

»Jeg ved nogenlunde, hvad der er i køleskabet derhjemme, samtidig med at jeg holder en masse bolde i luften på mit job. Jeg har mange idéer, meget energi og meget engagement. Men samtidig er jeg meget utålmodig og ekstremt kvalitetsorienteret, og de to ting stemmer naturligvis sjældent

overens. Derfor synes nogle, at jeg er for meget, mens andre synes, jeg er det bedste, der er sket i deres liv. Og de synes, at det er tonsesjovt at arbejde sammen med mig.« Men der er en barskhed forbundet med at nå toppen, fortæller Jytte Lyngvig og hentyder til den kyllingagtige empathiske evne til at indsamle mange forskellige former for informationer, eksplicit og implicit, som mænd ikke nødvendigvis lægger mærke til, og som gør, at kvinder arbejder med flere forskellige slags informationer. Og det kan både være en fordel og en ulempe, siger Jytte Lyngvig.

»Man kan komme til at reagere på for meget – og overreagere. Men jeg mener, at kvinder er rigtigt seje, og jeg vil betegne mig selv som vedholdenhedssej. Det kræver et gåpåmod og en sejhed at komme frem. Og der er barskheder forbundet med at nå toppen. Jeg har besluttet mig for, at jeg ikke vil blive en brutal person, jeg vil ikke bruge ufine tricks. Jeg ville få tonsedårlig samvittighed, og så har jeg desuden en tro på, at det kommer tilbage i nakken på en selv. På en regnvejrsdag bliver du også bedømt for det, du gjorde for flere år tilbage. Du bliver, som du gør,« siger Lytte Lyngvig med en let omskrivning af programtitlen "du bliver, hvad du spiser."

Jeg kan se masser af arbejde, men jeg har ingen bekymringer

De seneste tre år har Lægemedelstyrelsen kunnet følge med i den rivende udvikling på bryggen. De næste tre år er det Lægemedelstyrelsen, der bringer en helt ny digital løsning på banen.

»Vi kommer til at digitalisere alle arbejds-gange. Vi skal ikke bruge vores værdifulde mennesker på arbejde, der kan udføres af maskiner, til gengæld skal vi indse, at maskiner ikke kan gøre alt. Det er en spændende udfordring. Selv jeg skal arbejde på en anden måde,« siger Jytte Lyngvig. Men tre år er lang tid for en direktør, hvis svage punkt er hendes utålmodighed.

»Hvis du spurgte mig, ville jeg sige, "hvorfor kan vi ikke blive færdige til jul?"«

m&m

Læs hele interviewet med Jytte Lyngvig på www.lif.dk



Selvom Jytte Lyngvig har taget motorcykkelkort, har hun aldrig fået en motorcykel, og hun har glemt, hvordan man kører den.

hende, hvad den største trussel er for vores helbred, svarer hun:

»Os selv. Vores individualistiske krav og fokus på enkeltsager skævvrider den information, der kommer ud, og det betyder,

»Hvis vi er lidt opmærksomme på, hvordan vi bruger vores krop, og hvad vi spiser og ikke bliver stressede på den dårlige måde, så har vi en basis for sundhed. Sundhed er både fysisk og psykisk. Sundhed handler om at have en sund sjæl og et sundt legeme.«

Jytte Lyngvig, der arbejder fra kl. halv ni om morgenen til kl. seks om aftenen for at sikre, at det hele er i orden. Kun lørdagen er hellig for Jytte Lyngvig, der dog aldrig har haft svært ved at få familielivet til at fungere under de trange arbejdsvilkår.

»Det har bare fungeret med familien, jeg ved såmænd ikke hvordan.«

Aktiv mentaltræning og sund fornuft

Den daglige motion må Jytte Lyngvig snyde sig til.

»Jeg er blevet enormt god til at snyde mig til motion,« fortæller Jytte Lyngvig, der har foræret sin mand en hund i 60 års fødselsdagsgave og nu selv går tur med Alfred hver morgen og aften. Somme tider løber hun endda med ham, og hun svømmer og cykler.

»Hvis vi er lidt opmærksomme på, hvordan vi bruger vores krop, og hvad vi spiser og