

# Få fjernet begge bryster for ét brysts pris

Lad privathospitalerne behandle de raske, der selv vil betale for fedtsugning eller brystimplantater. Men lad os på de offentlige sygehuse få de nødvendige ressourcer til hurtigt og effektivt at behandle de syge.



**PRIVAT.** Slagtilbud som det i overskriften kan blive til virkelighed, hvis regeringen udfører deres planer om øget privatisering af sygehusvæsenet. - Foto: Claus Bonnerup

*Niels Bentzon, overlæge i brystkirurgi, formand for Dansk Brystkirurgisk Selskab*

Jeg er med fruén på Aurum Rygcenter. Den anerkendte rygkirurg, dr. Dinero, har forladt sin overlægestilling på Rigshospitalet og er nu udelukkende på privathospitalet Aurum. Som har flotte lokaler på havnefronten og et foto af en stor sejlbad bag dr. Dinero, der gransker fruéns MR-skanning. Hun har stadig ondt i ryggen efter en diskusprolapsoperation, så måske er en operation med diskusprotese løsningen? Hun har jo privat sundhedsforsikring. Ortopædkollegaen er professionelt venlig – i starten, men da det efter 10 minutter står klart, at fruéns problem ikke kan løses med en operation, men blot kan klares med en blokade på et offentligt sygehus, ændrer stemningen sig. Dr. Dinero skifter ganske tydeligt fra at signalere 'hvordan-får-jeg-en-god-forretning-ud-af-det-her?' til 'hvordan-får-jeg-hende-der-ud-igen-i-en-fart?'.

Aurum er et tænkt eksempel på en lægebutik, der sælger varer, der skal generere overskud. Og dr. Dinero gør det, som Venstre, Konservative og Liberal Alliance siger, er godt: Konkurrerer med det offentlige om operationer. Det er vel fair nok? Måske – men kan man omvendt tænke sig, at fristelsen til at lave en virksomhed, der målrettet bygger sin omsætning på at sælge et produkt, der er veldefineret og forudsigeligt uden for stor risiko for komplikationer og grus i produktionsmaskineriet, bliver stor?

Og at man derfor tiltrækker et kundesegment, der er overskueligt, entydigt og velegnet til samlebandsproduktion? Hvis du går ind til en Fiat-forhandler, hvor stor er så sandsynligheden for, at du kører derfra i en ny Toyota? Nej, vel?

Så hvis dit varelager består af knæ- og hofteproteser, som du lever af at indoperere i folk, *kan* det muligvis være mere oplagt at se det som den helt rigtige løsning på patientens slidgigtproblem, end hvis du er overlæge i det offentlige med fast månedsløn. Altså den løsning, produktionen baserer sin omsætning på.

Der er med andre ord risiko for skred i indikationen, som det hedder. For måske var det en rigtig god løsning på fru Hansens knæsmerteproblem at tabe sig 40 pund. Eller at lave noget fysisk træning og holde op med at ryge. Ingen læge vil blive tiltalt i Patientklagenævnet for at have givet fru Hansen en knæprotese – for det er ikke forkert. Det *kan* være helt rigtigt, men muligvis er det bare ikke det bedste. Dermed kunne nogle måske mistænke den privaterhvervsdrivende kollega for at vælge den løsning, som hans privathospital er rigtig god til – og så er det for resten også lidt gunstigt for omsætningen.

En ukollegial og kættersk tanke? Ikke, hvis man erkender, at diagnostik og behandling ikke er entydige størrelser overhovedet! Mit ærinde er ikke at beklukke gode og samvittighedsfulde kollegers hæderlighed, men blot at gøre opmærksom på en faldgrube.

I visse udlande laves talløse undersøgelser på såkaldt pekuniær indikation, og patienter overbehandles, fordi lægen får procenter af prisen på forbindinger, gipsruller og al den medicin, han udskriver. Danskere, der skader sig på skiferien, kender det: Julelys i øjnene på alpesygehusets læge, der ser vore sygesikringskort som en ren blankocheck. Jeg har selv arbejdet i Alperne og har set patienter få en torsogips og røntgenkontrol for et brækket kraveben; en skade, der i Danmark er en ren klinisk diagnose, og som behandles med armslynge i 1-2 uger. En bekendt blev engang akut indlagt med et rygproblem på et hospital i USA og MR-skannet ustandseligt; der *kunne* jo være sket noget siden i går ... USA er skrækscenariet for os i sundhedsvæsenet, fordi alt der udregnes efter, hvor hårdt man kan spænde buen, og hvor godt patienten er forsikret. Eksemplerne på overdiagnostik og overbehandling i udlandet er legio.

Men beklageligvis er det grundtanken bag sundhedspolitikken i V, K og LA, at udredning, sygdomme og operationer handler om entydige størrelser og veldefinerede enheder. Og det er i den grad en misforståelse. Der er uhyre meget elastik i, hvornår en diagnose stilles, og hvordan og hvornår tilstanden skal behandles.

Hvornår er eksempelvis slidgigt operationskrævende? Skal det overrevne korsbånd opereres eller behandles konservativt? Skal galdesten opereres, bare fordi de er der? Skal livmoderen partout hives ud, når den bløder for meget?

Mange godartede skavanker går over af sig selv, så måske kan man se tiden an, eller skal man pinedød operere inden for en måned? Skal svær overvægt, der efter manges mening oftest er udtryk for en spiseforstyrrelse helt parallelt med bulimi og anoreksi, korrigeres kirurgisk, bare fordi man kan, og privathospitalet kan tjene enormt på det? Endda med ventetidsgaranti på en måned, selv om det tager den spiseforstyrrede person tredive år at æde sig til sin overvægt? Selv om dette lukrative forretningsområde blev lukket efter forrige V-K-regerings gavebod til privathospitalerne for fire år siden, illustrerer det udmærket, hvordan også vi sundhedsarbejdere er til fals for ussel mammon.

Dygtige plastikkirurger kan tjene min månedsløn (60.000 kr.) på tre dage ovre på privatsygehuset ved at operere selvbetalere. Misundelse er en grim ting, men denne enorme aflønningsforskel åbner mulighed for, at vi i den mangfoldige lægestand kan befinde os mange forskellige steder på skalaen fra det ædle lægekald med Florence Nightingale-mentaliteten til rene businessfolk.

For V, K og LA erkender tilsyneladende ikke, at deres mantra om fri adgang til privathospitaler kan medføre, at mange læger og sygeplejersker vil indrette karrieren efter *follow the money*-konceptet. Altså at videreuddanne sig i det helt særlige speciale kaldet 'gyssologi', som er læren om, hvordan man via sit fag hurtigt får skrabet nogle gysser til sig. Den lidt ældre læser vil sikkert huske den amerikanske visesanger Tom Lehrer, der på en gammel lp berettede om dr. Samuel Gall: »... who specialized in the diseases of the rich; and he was therefore able to retire at an early age«.

Specialister med særlig interesse for gyssologi kan tænkes at søge ind i lægelige fagområder, hvor en veldefineret patientgruppe skal have en meget entydig behandling med minimal risiko for komplikationer. Velegnede forretningsemner kunne være operationer på så vidt muligt i øvrigt raske personer med grå stær, slidgigt, brok eller sportsskader. Et stort marked er selvfølgelig også alle dem, der slet ikke er syge, men helt raske, men som gerne vil have kosmetisk korrektion af et eller andet, f.eks. fedtsugning eller brystimplantater. Og hvis det så går galt efter privatklinikens lukketid, er det en velkendt finte, at man kan lade det offentlige sygehusvæsen tage sig af komplikationerne. Honoraret er jo betalt for operationen, også hvis det går skidt, og vi skal stå om natten på det offentlige sygehus og reoperere for blødning, infektion eller tarmslyng.

Diagnostiske procedurer afregnes efter en veldefineret takst. Taksten er ens uanset kvaliteten, eller hvorvidt undersøgelsen muligvis skal gentages, fordi undersøgelsen var inkomplet. Eller inkonklusiv, hvorfor man beder om såkaldt *second opinion* på det offentlige sygehus. Således laver vi ret mange mammografier om, når de er lavet af privatklinikker, for når honoraret er betalt for undersøgelsen, tager man ikke de muligvis nødvendige ekstra forstørrelses- eller kompressionsbilleder eller vævsprøver, for det får man jo ikke penge for.

Røntgenlægen kan være dygtig nok, og der begås ikke egentlige fejl, men det risikerer at gå for stærkt, når det er bestillingsarbejde og 'på akkord'. Så udredningen er ikke færdig, og patienten må undersøges om – på det offentliges regning. Rigsrevisionen kiggede i 2011 på denne type dobbeltarbejde og fandt det stærkt kritisabelt.

Som sundhedsminister udtalte Jakob Axel Nielsen (K) i 2008, at for ham var det da helt fint, hvis halvdelen af sundhedssektoren blev privatiseret. Hvis det stadig er V's og K's vision, må vi med den nyvalgte blå regering imødesee en gennemgribende transfusion af midler fra offentlig sygdomsbehandling over i privatsygehusene og til gyssologi-specialerne. Selv om der nu bebudes ressourcer tilført sundhedssektoren, er det samlede budget jo konstant, så åreladningen fra offentligt til privat bliver enorm. Og nedblødningen risikerer at blive fatal for den offentlige sektor, når den alene skal varetage de komplicerede udredninger og de dyre medicinske behandlinger af kræft- og gigtpatienter. Plus behandling af diabetikere, deprimerede og demente, for dem er der ingen god produktivitet i. Plus at vi skal varetage al studenterundervisning, videreuddannelse og forskning, så veluddannede specialister derefter kan tage et suppleringskursus i gyssologi og marketing og blive hyret på privatsygehusene.

Alle patienter med brystkræft behandles i Danmark på et af de 12 brystcentre på de offentlige sygehuse. Skal vi forestille os, at halvdelen af vore patienter under det ny borgerlige styre skal udliciteres til privatsygehuse? Ja, siger V & K, for det er så sundt at konkurrere. Og de private kan jo gøre alting billigere, siger de også – i manglende erkendelse af, at man sammenligner æbler og pærer, når man kalkulerer en pris på en brokoperation i offentligt og privat regi.

Skal vi konkurrere på behandlingen, så kræftoperation, kemo- og strålebehandling sendes i udbud som en *all inclusive*-pakkeløsning? Skal Herlev Hospital efterligne en kendt københavnsk plastikkirurg og sætte reklamer på HT-busserne med ugens tilbud: »Få fjernet begge bryster for ét brysts pris« (med Angelina Jolie som blikfang)? Eller hvad med »10 procent rabat på kemo, hvis du starter i næste uge« eller »snup fem år med vore antihormonpiller og få et sjette år gratis« (spotvare fra medicinalfirmaet Novartis).

Sat på spidsen? Måske, men realiteten er, at behandling for brystkræft ingenlunde altid er entydig. Selv om den følger landsdækkende retningslinjer, er der ofte flere relevante muligheder, der både er gode, rigtige og i overensstemmelse med bedste specialiststandard. Skal vi operere den gamle skrøbelige dame eller give hende antihormonpiller? Eller begge dele? Hvornår – og er operation hurtigst muligt altid bedst? Svaret er nej, og ofte er der flere gode behandlingsmuligheder, men de er ingenlunde ens.

Så den behandlingsansvarlige kontaktlæge (sådan nogle har vi haft længe, Sophie Løhde & co., selv om I ikke ved det – og det fungerer faktisk rigtigt godt!) skal træffe et kvalificeret valg sammen med patienten, så behandlingen tilpasses den enkelte patient bedst muligt.

Brystkræftbehandling egner sig ikke til at være en vare på kræmmermarkedet, hvor behandlingsvalget skal afgøres af økonomi og produktivitet. Det er ikke vandpumpe-, småkage- eller cykelfabrik. Vore patienter har en potentielt livstruende sygdom. De skal informeres grundigt, og de sidder tit og græder, hvilket kan være tidskrævende, psykisk ressourcekrævende for personalet og skidt for produktionseffektiviteten, så privatsygehusene vil vist egentlig helst være fri. Den slags kvinder er for brogede og uregelmæssige til at køre af på et samlebånd.

Kemo- og strålebehandling er både langvarigt, dyrt og bøvet, så det må det offentlige også hellere ordne. Fik jeg nævnt, at det for resten var Lars Løkke, der på statsministerens pressemøde 1.12. 2009 i forbindelse med overbetalingsskandalen af privatsygehuse sagde, at det var vigtigt at opgradere privatsygehusene, »så patienten kan komme i centrum«? Underforstået: ... for det kan de offentligt ansatte jo slet ikke finde ud af.

Vi er ikke i det offentlige bange for konkurrence. Men vi er bange for, at visse borgerlige politikere ikke har forstået, at amputationen af det offentlige sygehusvæsen til fordel for privatiseret diagnostik og behandling kan blive en glidebane med muligheder for markante skred i indikationsstillingen for, hvornår en given behandling er rigtig eller nødvendig.

Megen diagnostik og sygdomsbehandling varetages kompetent, samvittighedsfuldt og fint i privat regi (almen praksis og speciallægepraksis), men der er gode grunde til at advare mod at opdyrke et eldorado for 'gyssologer', der gives favorable vilkår for at plukke rosinerne ud af kagen og lade andre om at tage alle kronikerne, de besværlige, de gamle og de komplikationstunge: patienter med nyresvigt, kol, leddegigt, kræft og psykiske sygdomme etc.

De blå fik valgsejren, og til lykke med det. Men V, K og LA's sundhedspolitik var måske medvirkende årsag til, at det var Dansk Folkeparti, der hev sejren hjem? De offentlige sygehuse er kæmpestore arbejdspladser med mange vælgere ansat. V, K og LA's privatiseringsfanatisme må have gjort det svært for borgerligt sindede sygehusansatte at stemme på politikere, der gik til valg på at ville halalslagte vore offentlige sygehuse og konvertere op mod halvdelen af os ansatte til gyssologifundamentalister på privatsygehusene. Det levner jo kun håbet tilbage om, at DF vil værne om denne del af den offentlige sektor og bremse konverteringsbølgen fra offentligt til privat.

Konklusion: Lad privathospitalerne behandle alle de raske, der selv vil betale for fedtsugning, få fjernet deller eller få brystimplantater, ligesom man jo selv betaler for at få tatoveringer, få farvet hår eller bleget tænder. Og lad os få plads og de nødvendige ressourcer på de offentlige sygehuse til hurtigt og effektivt at udrede og behandle de syge, for det vil vi gerne blive ved med at være gode til. Og vi gør det gerne i kræftpakker, udredningsgarantipakker og andre slagord, hvis vi bare får tid, plads og råd til det.

Vi vil også rigtig gerne have mulighed for at kunne fastholde Danmarks gode ry for seriøs forskning og god uddannelse. Men hverken mine brystkræftpatienter eller andre alvorligt syge og plejkrævende er tjent med at blive gjort til akkordarbejde eller ugens tilbudsvare på Sweetdeal.