

Saglighed og faglighed i sygehusvæsenet

Fordeling af sygehusopgaver bør baseres på viden og fakta og ikke på ideologi og udokumenterede antagelser

Af Niels Bentzon, overlæge i brystkirurgi og formand for Dansk Brystkirurgisk Selskab

Hans Stimpel, overlæge i urinvejskirurgi

Elsebeth Siim, overlæge i plastikkirurgi

Vist er det svært at engagere sig i en følelsesladet beskrivelse af en bog, du ikke har læst eller en fodboldkamp, du ikke har set. Så hvorfor beskriver Ceposdirektør Martin Ågerup i JP 5.8. en karikatur af en kronik, vi skrev 1.8. i Berlingske, men som ingen JP-læser har set?

Vi argumenterede her for, at beslutninger om fordeling af sygehusopgaverne mellem offentlige og private sygehuse ikke kun træffes på et ideologisk grundlag eller ud fra en udokumenteret antagelse om, at privatsygehuse er bedre og billigere. Fordelingen af opgaver mellem offentlige og private sygehuse bør baseres på fakta, viden og erfaring; ikke på ideologi.

For Ågerup er patienter og sygdomme handelsvarer ligesom sko, møbler og frisk fisk, så frit valg og konkurrence er godt. OK – lad os følge dén tanke og se på privatsygehusets anatomi: Privatsygehuse er en forretning. Den skal sælge noget og give overskud. Ergo frasorteres alt, som tynger forretningen: akutfunktionen, undervisning, forskning, oplæring af yngre kolleger samt de tunge kronikere og svært syge med stor risiko for komplikationer, o.s.v. Tilbage bliver de ukomplicerede patienter med enkle sygdomme.

Det offentlige sundhedsvæsen er igennem årtier skåret relativt ned i forhold til, at befolkningen bliver ældre, antallet af cancertilfælde stiger, og de medicinske behandlinger bliver dyrere. Ventetiderne øger. Man kan så vælge at smøre vore store sygehusets tandhjul. Eller at lade driftige forretningsfolk hyre specialister, der er uddannet og oplært igennem årtier på det offentliges regning, og plukke de flotteste tandhjul ud af rugbrødsmotoren og sætte dem ind i en lille, velsmurt sportsvogn, som Ågerup tror er både bedre og billigere.

Men er den nu det? Ingen data støtter påstanden om, at privat- og markedsorienterede sundhedsvæsener er bedre og billigere end offentligt styrede. Iflg. OECD bruger vi 8% af BNP på sundhedsvæsenet mod 9-9½% i Frankrig, Schweiz og Tyskland, som har mange privatsygehuse. Vort sundhedsvæsen er faktisk billigt og effektivt. I Euro Health Consumer Index for 36 europiske landes sundhedsvæsen lå Danmark i årevis nr. 2 efter Holland. Vi faldt i 2014 til en 5. plads, idet man tilføjede måling af kvalitetsområdet *forebyggelse*, hvor dårlig tobakskontrol trak Danmark ned.

Privatsygehuse har to produktionshaller: I den ene ligger de, der selv betaler for brystimplantater eller fedtsugning, eller hvis forsikringselskab betaler for et nyt knæ. Fint. Folk må selv bestemme, hvad de køber for egne penge. Man kan advare imod det, der hedder *indikationskred*, for borgeren opsøger jo en forretningsmand, der sælger en vare. Så måske er lægen tilbøjelig til at bekræfte borgeren i, at operation er den rigtige løsning. Tobakskiosken har flere cigaretmærker og vinhandleren mange rødvine at vælge imellem – men de sender dig næppe tomhændet ud af butikken med et godt råd om at motionere og spise grøntsager. Ågerup påstår, vi ser sådanne patienter som fjolser, men det er måske debat på dét niveau, der

gør, at Berlingske ikke antog hans udfald mod vor kronik, så han må bruge fri-taletiden i sin faste klumme i JP?

I den anden produktionshal kører samlebandet for personer, som er *udvisiteret* fra det offentlige sygehus pga. ventetid. Som kræftkirurger anser vi ventetid > 1 uge på en kræftoperation for skidt, når patienten er færdigudredt og forberedt. Men ventetidsgaranti på 1 måned på fedmekirurgi, hvor det tager en person 30 år at spise sig til sin overvægt, er mindre rimelig. Også ventetid på *udredning* er uønskelig. Uvished er frustrerende. Diagnostikområdet giver også muligheder for forretningsfolk at plukke tandhjul ud af den offentlige rugbrødsmotor. Det går hurtigt, og hvis diagnostikken er god og konklusiv, er det fint, og patienten får sin diagnose. Men ofte bærer undersøgelserne præg af akkordarbejde og er ikke gjort fuldstændigt, så vi kan lægge en behandlingsplan. Mange udredninger må gøres om eller suppleres, og patienten taber tempo: dobbeltundersøgelse, transport og fri fra job x 2, etc. Besværligt og dyrt, så Rigsrevisionen udtalte i 2011 kraftig kritik af sådan dobbeltdiagnostik. Læger bør selvklaart ikke have økonomisk fordel af at anbefale en bestemt undersøgelse eller behandling, da dette kan lede til overdiagnostik, overbehandling og overforbrug.

Fuldt forståeligt har Ågerup lægmandens tro på, at diagnostik og behandling er entydige størrelser: Røntgen viser brækket ben; gips i seks uger og to krykker. *Case closed*. Sådan er verden bare ikke ret tit. Diagnostik kan være rigtigt drilsk og kompleks, og ofte er der flere behandlingsmuligheder, der hver for sig er rigtige – men slet ikke ens.

Offentligt ansatte læger vil "beskytte egne særinteresser", skriver Ågerup med stor patos og foragt. Han *kan* ikke forestille sig, at nogen gør noget uden at have økonomiske interesser eller fordele ud af det. Vi erkender at have interesse i, at vore patienter behandles godt, rigtigt og hurtigt - en faglig *særinteresse*. Vi arbejder i de lægefaglige selskaber for, at specialister samles i større centre med alle behandlingsmuligheder til rådighed. Vi er også positive overfor, at Sundhedsstyrelsens specialeplan fjerner cancerkirurgi fra privathospitalerne. *Ikke* fordi det er privat, men fordi kræftbehandling kræver stort volumen, særlig ekspertise, teamwork og god kontinuitet. Det bør ikke være en konkurrencedisciplin for businessfolk.

Er *særinteresser* så, at private hugger vort arbejde? Næppe – der er ubesatte stillinger og rigeligt arbejde. Pengene, så? Hus forbi igen! Vi er på fast månedsløn og kan let søge til privathospitalet eller ud i speciallægepraksis og tjene væsentligt bedre. Besværlige patienter og komplikationer sender man desuden til det offentliges akutmodtagelse, så statskassen betaler for håndtering af eftervirkninger, komplikationer og tilhørende indlæggelser.

Ågerup beskriver vort sygehusystem som en selvtilstrækkelig DDR-agtig kolos, der værner om sin monopolstatus. For vi vil jo afværge sund konkurrence, der fremmer kvalitet og økonomisk effektivisering. Eller? Nej. Store, solide tyske undersøgelser har vist, at privatsygehuse er mindre effektive end offentlige og non-profit sygehuse. Sådanne beregninger kan ikke gennemføres i DK, hvor privatsygehuse ikke skal indberette regnskabsdata. Kvalitetssammenligning er foretaget i et stort studie med 26.000 sygehuse og 38 mio. patienter og viser en lille, men signifikant overdødelighed på privatsygehuse.

Vi kritiserer ikke det private ejerskab som sådan. Nogle af verdens bedste sygehuse og sundhedsorganisationer er private, men de er *non-profit* – dvs. et overskud skal geninvesteres. Det samme gælder de fonds- eller foreningsejede sygehuse i Canada og Holland, hvorved de på mange punkter ligner det danske sygehusvæsen.

Når Ågerup mener, at vi beder borgeren "knæle for velfærdsstatens helligdomme, hvis visdom overstiger din egen", så taber man respekten for hans privatiseringslobbyisme. Tusindvis af offentligt hospitalsansatte gør deres bedste for, at vi har et godt, billigt og effektivt sygehusvæsen. Lad være med at håne dem for det!

Vi laver fejl, vi har ventelister, vi har overbelægning, og vi har håbløst antikverede IT-systemer. Men vi prøver faktisk at være gode, at hjælpe folk og at uddanne kommende generationer til at blive endnu bedre.

Vi vil gerne bruge vor viden og ekspertise til at rådgive borgerne bedst muligt om sundhed og sygdom. Og dermed bidrage til det, Ågerup efterspørger: at borgerne kan træffe frie, informerede valg. Ja tak, men helst uden at privatøkonomiske interesser påvirker rådgivningen. Kan konkurrence ikke udspille sig i et effektivt marked, fører det i stedet til styringsudfordringer og dobbeltarbejde.