

- *Hovedparten af befolkningens sundhed kan tilskrives faktorer uden for sundhedsvæsenet.*
- *Interventioner i sundhedsvæsenet kan have en særdeles central betydning for det enkelte individs sygelighed og dødelighed.*
- *En indsats i sundhedsvæsenet må antages at have effekt på folkesundheden, hvis følgende forudsætninger er opfyldt: a) indsatsen omfatter en hyppigt forekommende sygdom, b) der er en dokumenteret effekt af indsatsen på individ- eller gruppeniveau og c) indsatsen involverer tilstrækkelig mange.*
- *Sundhedsvæsenets effekt på folkesundheden er formentlig mest betydningsfuld i forhold til forbedring af befolkningens sundhedstilstand og livskvalitet.*

Det danske sundhedsvæsen

I kapitel 2 vistes modeller for sundheden og determinanterne for sundhed og sygdom. En af de vigtigste determinanter for individers sundhedstilstand er sundhedsvæsenet. I boksen på næste side beskrives sundhedsvæsenets formål, opgaver og funktionsopdeling samt de administrative ansvarsniveauer. I andre lande regnes plejehjemssektoren ofte ind som en del af sundhedssektoren, men i Danmark hører den hjemme i socialektoren. Det danske sundhedsvæsen karakteriseres ved at være vidtgående offentlig drevet og ejet samt være overvejende skattefinansieret (1).

Har sundhedsvæsenet betydning for folkesundheden?

Dette spørgsmål vil uden tvivl give anledning til forundring i den brede befolkning. På samme måde vil sundhedsprofessionelle, der arbejder med patienter i dagligdagen, opfatte spørgsmålet som retorisk. Patienten, der har fået foretaget en hjertetransplantation, eller moderen til det for tidligt fødte barn vil ligeledes ikke være i tvivl om sundhedsvæsenets betydning. Alligevel er der igennem tiden blevet argu-

menteret for, at sundhedsvæsenet kun i begrænset omfang påvirker befolkningens sygeligheds- og dødelighedsmønstre og i nogle tilfælde påvirker sundhedstilstanden negativt (2,3). Hvorvidt og i hvilken grad sundhedsvæsenet har betydning for folkesundheden sammenlignet med andre interventioner er centrale spørgsmål for den generelle sundhedspolitiske debat, og svaret har implikationer for beslutninger om, hvordan vi bør prioritere indsatsen for at forbedre befolkningens sundhedstilstand.

Det er fra forskellige sider blevet diskuteret, hvilke kriterier der skal være opfyldt, for at et sundhedsvæsenes indsats har betydning for folkesundheden (4,5). I dette kapitel antages det, at en indsats i sundhedsvæsenet har effekt på folkesundheden, hvis følgende forudsætninger er opfyldt: a) indsatsen omfatter en hyppigt forekommende sygdom, b) der er en dokumenteret effekt af indsatsen på individ- eller gruppeniveau, c) indsatsen involverer tilstrækkelig mange, idet det nødvendige antal er betinget af de to øvrige forudsætninger.

Sundhedsvæsenet kan potentielt påvirke folkesundheden på forskellige måder: a) gennem forbedring af middellevetiden ved nedbringelse af dødeligheden i befolkningen, b) gennem reduktion af sygeligheden og forbedring af befolkningens livskvalitet og c) ved nedbringelse af ulighed i sundhed.

Sundhedsvæsenets formål og opgaver ifølge ny sundhedslov med virkning fra 1. januar 2007

- §1. Sundhedsvæsenet har til formål at fremme befolkningens sundhed samt at forebygge og behandle sygdom, lidelse og funktionsbegrænsninger for den enkelte.
- §2. Loven fastsætter kravene til sundhedsvæsenet med henblik på at sikre respekt for det enkelte menneske, dets integritet og selvbestemmelse og at opfylde behovet for
1. Let og lige adgang til sundhedsvæsenet
 2. Behandling af høj kvalitet
 3. Sammenhængen mellem ydelser
 4. Valgfrihed
 5. Let adgang til information
 6. Et gennemsigtigt sundhedsvæsen
 7. Kort ventetid på behandling.
- §3. Regioner og kommuner er efter reglerne i denne lov ansvarlige for, at sundhedsvæsenet tilbyder befolkningsrettet indsats vedr. forebyggelse og sundhedsfremme samt behandling af den enkelte patient.
- stk. 2. Sundhedsvæsenets opgaver udføres af regionernes sygehusvæsen, praktiserende sundhedspersoner, kommunerne og øvrige offentlige og private institutioner.
- §4. Regioner og kommuner skal i et samspil med de statslige myndigheder og i dialog med brugerne sikre en stadig udvikling af kvaliteten og en effektiv ressourceudnyttelse i sundhedsvæsenet gennem uddannelse, forskning, planlægning og samarbejde mv.
- §5. Behandling omfatter efter denne lov undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, fødselshjælp, genoptræning, sundhedsfaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte patient.
- § 57. Regionsrådet har ansvaret for at tilvejebringe tilbud om behandling hos praktiserende sundhedspersoner.
- § 74. Regionsrådet har ansvaret for at varetage sygehusvæsenets opgaver.
- § 119. Kommunalbestyrelsen har ansvaret for ved varetagelsen af kommunens opgaver i forhold til borgerne at skabe rammer for en sund levevis.
- stk. 2 Kommunalbestyrelsen etablerer forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne.
- stk. 3 Regionsrådet tilbyder patientrettet forebyggelse i sygehusvæsenet og i praksissektoren mv. samt rådgivning mv. i forhold til kommunernes indsats efter stk. 1 og 2.

Kilde: www.retsinfo.dk

Sundhedsvæsenets betydning for dødeligheden i befolkningen

Den forventede middellevetid ved fødsel i Danmark er steget markant siden 1900 og er i 2006 75,9 år mænd og 80,4 for kvinder (6,7). Hvorvidt denne udvikling primært kan tilskrives sundhedsvæsenets fremskridt, er et omstridt diskussionsemne. På den ene side fremhæves de betydelige medicinske fremskridt som en afgørende årsag til den

stigende middellevetid gennem det sidste århundrede (4). Dette konkluderes dog i flere tilfælde på et meget løst grundlag (4). På den anden side peges der på, at dødeligheden af infektionssygdomme, som er den dødsårsag, der er reduceret mest (7), faldt lang tid før antibiotika og vaccinationsprogrammer blev udbredt til befolkningen, og at adfærdsændringer, forbedret ernæring og miljøfaktorer hovedsagelig forklarede udviklingen (2,3,8). Hovedparten af nedgangen skyldes faldet i spædbarnsdødelighed fra ca. 10 % i 1900 til under 0,5 % i dag (7).

I dag er den mest udbredte opfattelse i den internationale litteratur om dette emne, at udviklingen i middellevetiden igennem sidste halvdel af det 20. århundrede til dels, men ikke udelukkende, kan forklares ved sundhedsvæsenets fremskridt (9,10).

Sundhedstilstanden i en befolkning er del af et komplekst årsagsnetværk med mange faktorer. Af faktorer uden for sundhedsvæsenet, der i høj grad påvirker befolkningens sygelighed og dødelighed, kan nævnes adfærdsrelaterede faktorer (f.eks. tobaks-, alkohol-, motions- og ernæringsvaner), miljøfaktorer (f.eks. arbejds- og trafikulykker og luftforurening) samt socioøkonomiske faktorer (f.eks. indkomst, uddannelse og boligforhold). Det er på denne baggrund, man må forsøge at isolere effekten af sundhedsvæsenet på dødeligheden. Sundhedsvæsenet afgrænses i det følgende til de forebyggende og behandlende kliniske ydelser. Formentligt kan udviklingen frem til 1940'erne i overvejende grad forklares ved forbedrede levevilkår og ændringer i befolkningens adfærd. Herefter har sundhedsvæsenet gradvist fået flere behandlingsmuligheder (4,8) og dermed sandsynligvis en betydningsfuld og stigende virkning for dødeligheden på befolkningsniveau, men måske i endnu højere grad for sygelighed og livskvalitet (jævnfør nedenfor).

Den væsentligste undersøgelse på området er amerikansk og er foretaget af Bunker et al i 1994 (4). En tilsvarende undersøgelse er siden foretaget i Sverige af Socialstyrelsen i 2001 (11) og er for praktiske formål en replicering af den amerikanske undersøgelse med amerikanske dødelighedsantagelser. Begge undersøgelser beregner, delvist hypotetisk, sundhedsvæsenets effekt på middellevetiden på baggrund af a) data fra kontrollerede undersøgelser om virkningen på forskellige sygdomme af specifikke forebyggelses- og behandlingsprogrammer, b) epidemiologiske undersøgelser om disse sygdommes udbredelse og c) antagelser om størrelsen af de patient- og befolkningsgrupper, som rent faktisk indgår i programmerne. Begge undersøgelser viser, at effekten af sundhedsvæsenets interventioner forlænger middellevetiden med ca. 5 år i forhold til en situation uden disse interventioner. Dette svarer til ca. en femtedel af den opnåede levetidsforbedring de sidste 100 år. Ca. 1,5 år af denne gevinst kan alene tilskrives forebyggende kliniske aktiviteter. Som eksempel på betydende indsatser for middellevetiden kan fremhæves behandling af hjerte-kar-sygdom, vaccinationsprogrammer, insulinbehandling af diabetes og antibiotikabehandling. Andre indsatser i sundhedsvæsenet har en langt mindre effekt for middellevetiden (5). Vurderingen af gevinstens størrelse

bør imidlertid ses i lyset af, hvorvidt indsatsen gavner større eller mindre befolkningsgrupper. Således kan et generelt vaccinationsprogram give en relativ lille middellevetidsgevinst for hele befolkningen af 0-årige, men alligevel være væsentlig i kraft af den store effekt for dem, som undgår en tidlig død af de pågældende sygdomme. Tilsvarende kan screening for livmoderhalskræft give en stor gevinst for de kvinder, hvis kræft opdages og behandles tidligt, mens effekten på middellevetiden for hele befolkningen er meget begrænset (12). De eksisterende undersøgelser er efterfølgende blevet kritiseret for at tage udgangspunkt i optimistiske antagelser ved f.eks. at antage, at alle patienter med hjerte-kar-lidelser kan have gavn af medicinsk behandling med de såkaldte beta-blok-præparater på trods af foreliggende evidens om medicinske kontraindikationer blandt dele af patientpopulationen (8).

En anden måde at forsøge at besvare spørgsmålet på er at se på antallet af dødsfald, der kunne undgås, hvis det danske sundhedsvæsen fuldt ud levede op til sit potentiale og i alle tilfælde byggede på den bedst foreliggende evidens for behandlingseffektivitet, og ydelserne blev leveret i rette tid ("best practice"). Dette er beregnet for et bredt udvalg af sygdomme, såsom udvalgte kræftformer og hjerte-kar-lidelser. Det er senest i 1998 beregnet, at der i Danmark årligt kunne undgås 97 dødsfald pr. 100.000 indbyggere (13). Hvis befolkningstallet for 2004 anvendes, svarer dette til 5.432 dødsfald om året, der kunne undgås (14). På baggrund af yderligere medicinske fremskridt siden 1998 er dette tal måske endog steget yderligere. Dette skal ses i forhold til et totalt antal dødsfald i 2004 på 55.806 personer i Danmark (14). Disse tal er dog mindre informative, idet de kan dække over en variation i udsættelse af dødstidspunktet fra få måneder hos ældre kræftpatienter til mange år, f.eks. ved forebyggelse af ulykker blandt unge. Det er her vigtigt at være opmærksom på, at den foreliggende evidens ofte er skabt i særligt kontrollerede situationer, og man derfor ikke kan forvente, at potentialet fuldt ud kunne realiseres. Alligevel giver det en vis indikation for det urealiserede potentiale, der eksisterer i det danske sundhedsvæsen i dag i forhold til at påvirke befolkningens dødelighed. Endelig kan man se på danskeres overdødelighed i forhold til sammenlignelige lande, f.eks. Sverige. Statens Institut for Folkesundhed (SIF) har vist, at Danmark i slutningen af 1990'erne ville have haft knap 8.000 færre dødsfald fordelt ligeligt på mænd og kvinder, hvis det danske dødelighedsniveau havde været på niveau med det svenske (7). Dette tal er større end det førnævnte, idet andre faktorer end forskelle i det danske og svenske sundhedsvæsen har betydning for dødelighedsniveauet.

Sundhedsvæsenets betydning for sygelighed og livskvalitet

Størstedelen af sygdomsbehandlingen udføres af den syge selv eller af de pårørende uden sundhedsvæsenets medvirken. Kun en lille del af de sygdomsproblemer, den voksne befolkning har, fører til kontakt med sundhedsvæsenet. I 2005 undersøgte SIF reaktion på sygdom hos et stort udsnit af befolkningen. I alt 80 % oplyste, at de havde haft et eller flere symptomer i løbet af en 14-dages periode, og 40 % angav, at de havde haft meget generende gener og symptomer. Ligeledes 40 % angav, at de regelmæssigt brugte medicin, og 43 % havde brugt receptpligtig medicin inden for en 14-dages periode (15). I løbet af et helt år er 80 % af befolkningen i kontakt med en praktiserende læge, 24 % benytter et sygehusambulatorium, og 12 % bliver indlagt på hospital. De fleste sundhedsproblemer giver dog ikke anledning til kontakt med sundhedsvæsenet, og kun en meget lille del af dem fører til indlæggelse på sygehus (1).

Sundhedsvæsenet har betydning for sygeligheden og livskvaliteten gennem især de såkaldte reaktive ydelser. Dette gælder f.eks. behandlende tandpleje, tilbud om smertestillende medicin, operation af grå stær, medicinsk og kirurgisk behandling af forkalkning i hjertets kranspulsårer samt kirurgiske indgreb ved brud og slidgigt i hofter og knæ. For disse ydelser er alle de tre tidligere opstillede kriterier opfyldt. I en amerikansk undersøgelse er det således estimeret, at sundhedsvæsenet i gennemsnit giver individet fem år ekstra med god livskvalitet (16). Nye og forbedrede medicinsk-teknologiske muligheder bidrager til, at dette tal formentlig fortsat øges ved mere effektive behandlinger og inddragelse af stadig flere patienter. De forbedrede medicinsk-teknologiske muligheder giver desuden mulighed for at behandle mindre sygdomsgrupper på et meget højt specialiseret niveau. Dette gælder eksempelvis cochlearimplantater, der kan gøre døve børn delvist hørende, samt hjerte- og levertransplantationer. For denne type behandlinger er udbyttet for den enkelte markant, men da lidelserne er sjældent forekommende, er kriterierne for betydningen for folkesundheden ikke opfyldt.

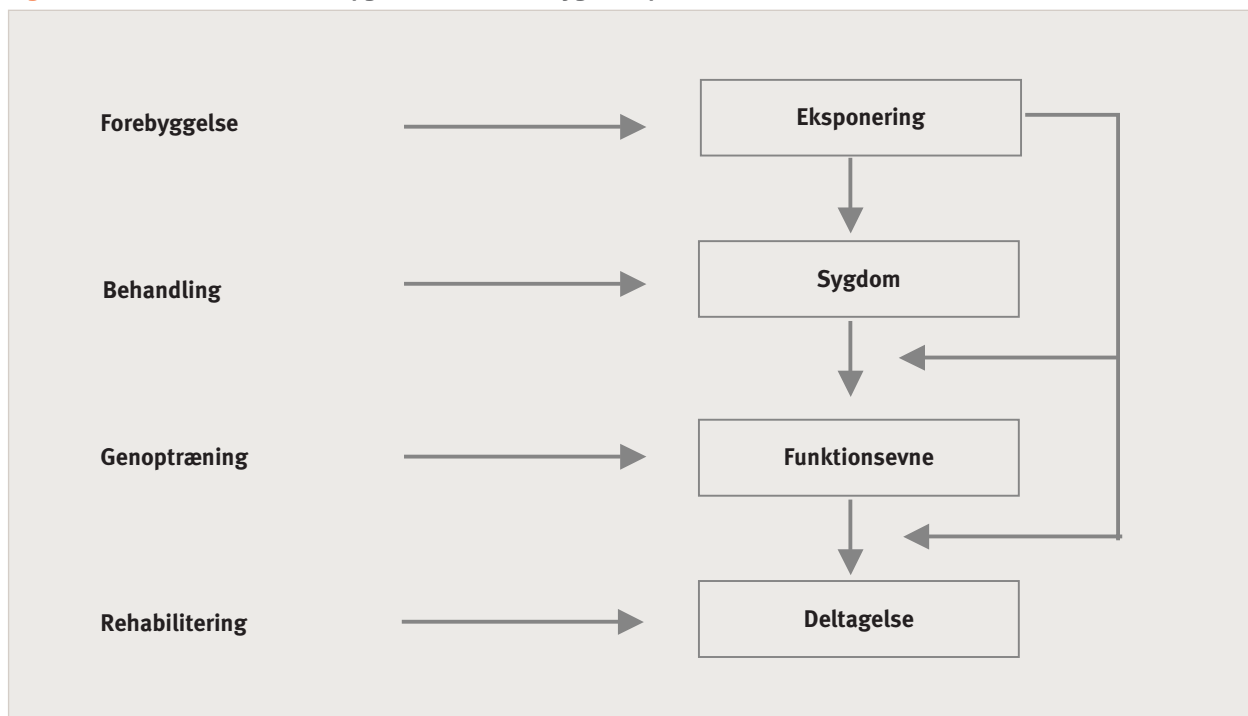
Sundhedsvæsenets generelle forebyggende programmer, som involverer større befolkningsgrupper, må derimod antages at spille en både direkte og indirekte rolle for folkesundheden. Det gælder f.eks. sundhedsplejen og de forebyggende lægeundersøgelser blandt børn, børnetandplejen og forebyggende ældrebesøg, men også de forebyggende helbredssamtaler hos den praktiserende læge og

konkrete screeningsprogrammer for specifikke tegn på tidlig sygdom såsom livmoderhalskræft og brystkræft. Effekten af disse programmer på befolkningens generelle sundhed og livskvalitet er dog ikke altid særlig veldokumenteret og i visse tilfælde omdiskuteret. Eksempelvis har der i den videnskabelige og offentlige debat været betydelig uenighed vedrørende balancen mellem de positive og negative konsekvenser af brystkræftscreening, som dog nu af de nationale sundhedsmyndigheder på baggrund af den internationale litteratur anbefales gennemført i hele landet (17).

Udviklingen i sygdomsmønsteret i befolkningen betyder, at sundhedsvæsenet er midt i en omstillingsfase fra reaktivt at behandle syge patienter til et øget fokus på den proaktive indsats, der har til formål at undgå, at borgerne bliver til patienter f.eks. med kroniske sygdomme. I 2005 angav 39,8 % af den voksne befolkning, at de lider af en eller flere kroniske sygdomme (15). Det stigende antal patienter med kroniske sygdomme kræver omfattende, dyre og langvarige behandlings- og plejeforløb, som det vil være fordelagtigt for den enkelte samt for samfundet at søge at undgå, såfremt interventionerne er både effektive og omkostningseffektive. Samtidig øges mulighederne for fortsat at forbedre funktionsevnen for de allerede syge patienter eller at lindre smerte i livets sidste faser. Med strukturreformen er der sat øget fokus på forebyggelse af kroniske sygdomme samt rehabilitering, opgaver som kommunerne skal søge at løfte bl.a. gennem oprettelse af sundhedscentre. Figur 29.1 illustrerer sundhedsvæsenets opgaver i forhold til sygdomsprocessen.

Der er ingen tvivl om, at en af de vigtigste årsager til fattigdom, social udsathed og udstødning i samfundet er langvarig sygdom – særlig kronisk psykisk handicappede dominerer gruppen af de socialt meget udsatte (18). Dårligt helbred er en af de vigtigste årsager til dårlige levevilkår (19). Sociale og økonomiske konsekvenser af sygdom kan derfor være en følsom indikator for både sundheds- og socialpolitikens effektivitet. Patienternes tilbagevenden til arbejdsmarkedet og det sociale liv i øvrigt samt sygdommens konsekvenser for indkomst og velstand er dog af flere grunde et komplekst mål at tolke. Et højt niveau på en sådan indikator – f.eks. antal førtidspensioner – kan således tolkes både positivt og negativt.

Velfærdssamfundet har på den ene side gennem mange årtier haft en ambition om, gennem gradvist forbedrede socialforsikringer, at befri mennesker med langvarig sygdom og nedsat funktionsevne fra af økonomiske grunde at fortsætte med et arbejde, som de ikke kan magte. Samtidig

Figur 29.1. Sundhedsvæsenets opgaver i forhold til sygdomsprocessen.

er det en vigtig ambition gennem rehabilitering at forbedre menneskers funktionsevne og reducere deres handicap i en sådan grad, at de kan vende tilbage til et så normalt liv som muligt, hvilket ligeledes inkluderer deltagelse på arbejdsmarkedet. Hvis et stigende antal mennesker af helbredsgrunde ikke kan arbejde, kan det bero på stigende forekomst af sygdom eller nedsat funktionsevne. Det kan også være et resultat af stigende krav i arbejdslivet, som gør det vanskeligt for mennesker med nedsat funktionsevne at klare disse. Hvis rehabiliteringen ikke sker med optimal effektivitet, vil det medføre, at flere end nødvendigt må forlade arbejdsmarkedet efter sygdom.

Sundhedsvæsenet medfører også sundhedsrisici

De foreliggende studier viser, at sundhedsvæsenet har en positiv indflydelse på befolkningens sundhed. Disse studier tager imidlertid kun højde for de positive effekter, mens de risici, der er forbundet med diagnostik og behandling, ikke medtages. Illich argumenterede i 1976 for, at sundhedsvæsenet historisk set alt i alt kan have haft

direkte skadende effekt på befolkningens sundhed (2). Som eksempler på dette fremhævede Illich bl.a. infektioner pådraget under hospitalsindlæggelse, bivirkninger ved medicinindtag og utilsigtede hændelser f.eks. i forbindelse med kirurgiske operationer. Der er i Danmark dokumentation for, at sundhedsvæsenet også i dag kan indebære risici for patienterne. Den første danske undersøgelse er fra 2001 og viser, at 9 % af alle patienter, der udskrives, har været udsat for en utilsigtet og skadevoldende hændelse (20). Et eksempel på dette er sygehusinfektioner, som rammer omkring 8-10 % af sygehusindlagte patienter med mulig dødelighed eller invaliditet til følge. Næsten hver 10. patient får deres indlæggelse forlænget, får mén eller dør af fejl eller komplikationer, som ikke har med deres tilgrundliggende sygdom at gøre. Det er samtidigt beregnet, at fire ud af ti utilsigtede hændelser i princippet er forebyggelige (21). Den forlængede indlæggelsestid på grund af utilsigtede hændelser er anslået til ca. syv ekstra indlæggelsesdage, svarende til ca. 700.000 ekstra sengedage om året (20,21).

Sundhedsstyrelsen har siden 2004 indsamlet oplysninger om utilsigtede hændelser i det danske sundhedsvæsen

baseret på obligatorisk, anonym indrapportering fra sundhedspersonalet. Der blev i 2005 indrapporteret i alt 11.401 utilsigtede hændelser fra sundhedspersonale, og 9.096 færdigt analyserede hændelser er indsendt fra amterne til Sundhedsstyrelsen (22). Det må antages, at de utilsigtede hændelser fortsat er underrapporteret.

Sundhedsvæsenets betydning for ulighed i sundhed

Sygdom rammer ikke fuldstændig tilfældigt, og i Danmark som i resten af verden er der social ulighed i forekomsten af sygdom betinget af mange forskellige samfundsmæssige forhold. I store dele af verden er der også stor ulighed i adgangen til sundhedsydelser, og sundhedsvæsenets indretning bidrager dermed ofte til ulighed i sygdom og død. I Danmark, som i de fleste andre europæiske lande, lægges der vægt på, at sundhedsydelser skal være tilgængelige for alle, og sundhedsvæsenet kan dermed reducere den ulighed i sundhed, som kan forårsages af ulige fordelte sygdomsårsager. Det er således direkte fastslået i den danske sundhedslov, at let og lige adgang til sundhedsvæsenets ydelser skal sikres (23). Sammenlignet med mange andre lande er der da også gennem sygesikringssystemet og det offentlige sundhedsvæsen taget væsentlige skridt til lige adgang for alle. I praksis kan der dog optræde både formelle og uformelle barrierer, som kan have forskellige konsekvenser for forskellige dele af befolkningen og dermed bidrage til ulighed i sundhed på særlige områder.

Blandt de formelle barrierer kan især fremhæves brugerbetaling, som er på ca. 16 % af de samlede sundhedsudgifter i Danmark og dermed relativt højt i europæisk sammenhæng (24). Det har især betydning for tandbehandlingen, hvor brugerbetalingen er meget høj og uden tvivl medvirker til ulighed i befolkningens tandsundhed. Det er således vist, at sociale faktorer i form af lav indkomst og skoleuddannelse har signifikant negativ betydning for tandforholdene, og at dette mønster er særligt stabilt i ældrebefolkningen (25). Hvorvidt dette kan tilskrives mindre kontakt til sundhedsvæsenet på grund af brugerbetaling eller mere usund adfærd (kost og tandhygiejne) kan dog næppe dokumenteres. På lægemiddelområdet er der på trods af offentlige tilskudsregler til fordel for grupper med stort lægemiddelforbrug ligeledes en betydelig brugerbetaling, der medfører en risiko for ulighed i brug. Det samme gør sig gældende for store dele af fysioterapiområdet, hvor brugerbetalingen formentlig kan påvirke forbruget bl.a. hos de

store grupper af kroniske patienter med behov for vedligeholdelse af fysisk formåen og for patienter med behov for genoptræning.

Den betydelige vækst i private sygeforsikringer og private udbydere i Danmark vil også kunne bidrage til, at nogle befolkningsgrupper får hurtigere og bedre adgang til sundhedsydelser end andre og dermed på længere sigt kunne påvirke folkesundheden skævt. I 2000 angav ca. 20 % af voksne danskere at være dækket af en sundhedsforsikring. I 2005 var tallet steget til omkring en tredjedel af den voksne befolkning (26). En betydelig del af disse udgøres af Sygeforsikringen "danmark", som primært dækker en del af brugerbetalingen for f.eks. medicin og tandlægebehandling. En voksende del af markedet for private sygeforsikringer udgøres imidlertid af en anden type private forsikringer, som ofte udbydes i form af gruppeforsikringer gennem arbejdspladsen, og som enten udbetaler en forsikringssum i tilfælde af "kritisk sygdom" eller direkte dækker privat sygehusbehandling. Dette kan skabe ulighed i adgang til sundhedsvæsenet i Danmark, ved at økonomisk dårligt stillede og personer uden for arbejdsmarkedet ikke opnår samme muligheder. De stadig kortere ventetidsgarantier for visse patientgrupper påvirker samtidig prioriteringen af de forskellige behandlingsaktiviteter, således at ældre med kroniske sygdomme og medicinske behov risikerer at blive nedprioriteret til fordel for yngre med veldefinerede lidelser, som håndteres med planlagte, kirurgiske indgreb. Samme konsekvenser kan ses i forbindelse med det frie sygehusvalg, som især begunstiger yngre, ressourcestærke patienter (27).

For nogle befolkningsgrupper optræder uformelle barrierer, som vanskeliggør adgang til sundhedsvæsenets ydelser. Grupper med lavt uddannelsesniveau og et stigende antal patienter tilhørende en etnisk minoritet kan opleve socio-kulturelle forhindringer for kontakt. Dette kan være en følge af manglende viden, forskelle i sygdomsopfattelse og begrænset erfaring med sundhedsvæsenet. Derudover kan der være psykologiske og sproglige barrierer som følge af manglende tillid, dårlig kommunikation samt begrænset adgang til kvalificeret tolkebistand. Dermed kan ikke alene adgangen til behandling vanskeliggøres, men også mulighederne for at udnytte de forebyggende aktiviteter som generel sundhedsinformation og screeningsprogrammer. Samspillet mellem sociale problemer, minoritetsstatus og særlige sygdomsbelastninger kan i fremtiden risikere at skabe nye former for ulighed i folkesundheden i Danmark.

Udviklingsperspektiver i forhold til at forbedre folkesundheden

For at forbedre folkesundheden i Danmark gennem sundhedsvæsenets indsats kan man, som det blev gjort i middellevetidsrapporten fra 1993, pege på tre forhold i sundhedsvæsenet af betydning: a) øgede ressourcer til sundhedsvæsenet, b) mindre konservativ indstilling til anvendelse af nye veldokumenterede metoder (præhospital behandling, hjertekirurgi, screening) og c) en forbedret organisation af sundhedsvæsenet (28). Mens der i dag med f.eks. hjerte- og kræftplanerne er gjort en del mht. anvendelse af nye effektive metoder, kan man fortsat anse de to øvrige områder som havende betydeligt udviklingspotentiale. Strukturreformen i Danmark trådte i kraft 1. januar 2007, og den indebærer i sig selv en betydelig reorganisering af rammerne for det danske sundhedsvæsen. Større regionale og kommunale enheder og ændringer i opgavefordeling og finansiering skaber nye forudsætninger for sundhedsvæsenets indsats. Blandt målsætningerne for reformen finder man øget forebyggelse og rehabilitering med kommunerne som vigtige aktører, bedre kvalitet gennem større enheder og bedre sammenhæng bl.a. gennem sundhedsaftaler. Hvilke konsekvenser, dette vil have for folkesundheden, er dog helt uvist. Samtidigt kan man pege på fortsat måling, sikring og deklarering af kvalitet på alle områder i sundhedsvæsenet som en kontinuerlig opgave for sundhedsvæsenets parter, som også forventes at komme folkesundheden til gavn.

Udgifterne til det danske sundhedsvæsen har igennem de sidste 20 år ligget forholdsvis stabilt målt som andel af bruttonationalproduktet og ligger tæt på gennemsnittet i Vesteuropa. Omkostningerne til sundhedsvæsenet vurderes på baggrund af de enkelte landes egne definitioner af sundhedsvæsenets afgrænsning, men da Danmark medtager en væsentlig større andel af udgifterne til ældrepleje-omsorg end sammenligningslandene, ligger Danmark reelt væsentlig lavere (29).

Sammenhængen mellem udgifterne til sundhedsvæsenet og folkesundheden, f.eks. udtrykt ved middellevetiden, er vanskelig at dokumentere. En analyse af relationerne mellem sundhedsudgifter og sundhedsindikatorer i 15 EU lande viste således, at øgede sundhedsudgifter var associeret med en forbedret spædbarnsdødelighed, men kun helt marginalt med en øget middellevetid (30). Den foreliggende evidens på området er dog fortsat sparsom (31), og sammenligninger mellem lande er metodisk vanskelige.

Desuden er valget af omkostningsniveau for et lands sundhedsvæsen påvirket af en række forhold i det enkelte land mht. specifikke værdiopfattelser, og hvor stor en betydning sundhedsvæsenet tillægges ved den prioriterede ressourceallokering. Nationalt må man tage hensyn til den tekniske efficiens (dvs. hvordan man bedst og billigst opnår et givent specifikt mål) og den allokative efficiens (hvordan man opnår mest sundhed for pengene) (32). Samtidigt skal prioriteringen af ressourcer ske ikke bare inden for sundhedsvæsenet men også mellem sundhedsvæsenet og de øvrige sektorer i samfundet, som har en betydning for befolkningens sundhedstilstand (31).

Sundhedsvæsenet er i disse år under omorganisering. Strukturreformen forstærker formentlig de allerede eksisterende tendenser med stadig færre og mere specialiserede sygehuse. Antallet af hospitaler og sengepladser er faldet betydeligt siden starten af 1990'erne (tabel 29.1). Samtidigt er den somatiske aktivitet steget betragteligt i form af flere udskrivninger og en øgning i den ambulante indsats. Antallet af udskrivninger har været stigende i perioden 1990-2005. Dette skal ses i sammenhæng med, at den gennemsnitlige liggetid er faldet med 2,2 dage i perioden. Fra 1990 til 2004 er antallet af organisatoriske sygehusenheder i Danmark faldet med 38 sygehuse (33,34). Dette er dog delvist en konsekvens af organisatoriske sammenlægninger af sygehuse med forskellig lokalisation. Disse ændringer sammen med centralisering af specialiserede funktioner stiller ændrede krav til sundhedsvæsenet i forhold til sikring af geografisk lighed i adgang til sundhedsvæsenets ydelser, f.eks. ved sikring af kvalificeret præhospitalbehandling. Den reducerede liggetid på hospitalerne betyder, at samspillet med primærsektoren bliver stadig mere afgørende, hvilket stiller krav til sammenhængen i sundhedsvæsenet for at levere en optimal ydelse til både ressourcestærke og -svage patienter og deres pårørende. Hvis sundhedsvæsenet ikke løfter disse udfordringer i fremtiden, kan det blive vanskeligt at udnytte dets potentiale for forbedring af folkesundheden i lyset af den aldrende befolkning og væksten i omfanget af kroniske sygdomme.

Øgede økonomiske investeringer og reorganisering af sundhedsvæsenet i form af strukturreformen med ny ansvarsfordeling, færre sygehusenheder og oprettelse af sundhedscentre er imidlertid ikke de eneste initiativer, som må forventes at påvirke sundhedsvæsenets effekt på folkesundheden. Kvalitetsmåling og kvalitetssikring er under fremmarch og vil kunne synliggøre styrker og svagheder i sundhedsvæsenet med ændrede sundhedsprioriteringer til følge. Nye individuelle og kollektive forsikringsordninger og

Tabel 29.1. Aktivitet på somatiske sygehuse.

	1990	1996	2000	2002	2003	2004	2005
Hospitaler	90	82	61	58	57	52	-
Udskrivninger	1.057.046	1.073.794	1.036.000	1.072.000	1.083.000	1.087.000	1.102.000
Sengedage	7.097.709	6.339.465	5.692.000	5.592.000	5.375.000	5.097.000	4.998.000
Sengepladser	23.879	20.476	18.484	18.166	17.548	16.668	16.410
Gennemsnitlige liggedage	6,7	5,9	5,4	5,2	4,9	4,7	4,5
Belægning (%)	81,4	84,8	82,5	82,5	81,8	84,0	83,5

Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2004 og 2006.

private udbydere af sundhedsydelser vil kunne påvirke fordelingen af indsatsen imellem forskellige befolkningsgrupper og dermed til en vis grad også fordelingen af sundhed og sygdom. Ny informations- og medicinsk teknologi vil ændre sundhedsvæsenets indsats i forhold til befolkningen generelt og i forhold til specielle sygdomsgrupper. Måske vil helt nye teknologiske fremskridt markant ændre mulighederne for forebyggelse og behandling af folkesygdomme som kræft og hjerte-kar-sygdomme – som det var tilfældet med antibiotika i forhold til infektionssygdomme og med psykofarmaka i forhold til psykisk sygdom i midten af det tyvende århundrede. Omvendt vil der måske fremkomme nye vanskeligt behandlelige sygdomme, som vi har set med HIV/AIDS, som potentielt kan påvirke folkesundheden – og som sundhedsvæsenet i en årrække dårligt kan håndtere.

Udviklingsperspektiverne for det danske sundhedsvæsen er således fortsat behæftet med betydelig usikkerhed, og konsekvenserne for folkesundheden kan dårligt forudses.

Konklusion

På trods af metodiske begrænsninger ved at analysere sundhedsvæsenets betydning for folkesundheden må det antages, at sundhedsvæsenet har en effekt på den danske folkesundhed. Dette gælder både i forhold til at reducere dødeligheden og især i forhold til at forbedre livskvaliteten i befolkningen. Det bør dog fortsat være en opgave for sundhedsvæsenet inden for de givne rammer at udbygge anvendelsen af evidensbaserede effektive indsatser og reducere antallet af ineffektive behandlinger og utilsigtede hændelser, herunder infektioner, med udgangspunkt i fortsat dokumentation af aktiviteterne og deres effekt for patienter, for forskellige befolkningsgrupper og for folkesundheden som helhed. Det er samtidigt vigtigt at være opmærksom på, at hovedparten af befolkningens sundhed kan tilskrives faktorer uden for sundhedsvæsenet, og at det nok er her den største effekt formentlig også fremover kan opnås. Det er således ikke et spørgsmål om enten – eller, men om både – og. Vægten mellem de generelle forebyggende og sundhedsfremmende aktiviteter uden for sundhedsvæsenet og den direkte forebyggende og behandlende indsats fra sundhedsvæsenets side bør derfor være til fortsat diskussion, hvis vi ønsker at forbedre den danske befolknings sundhedstilstand og middellevetid yderligere.

Litteraturliste

1. Vallgård S, Krasnik A. Sundhedstjeneste og sundhedspolitik. København: Munksgaard, 2006.
2. Illich I. Limits to medicine. London: Marion Boyars, 1976.
3. McKeown T. The Role of Medicine: Dream, Mirage or Nemesis? Oxfordshire: Nuffield Provincial Hospital Trust, 1976.
4. Bunker JP, Frazier HS, Mosteller F. Improving health: measuring effects of medical care. *Milbank Q* 1994;72(2):225-58.
5. Socialstyrelsen. Folkhälsorapport 1997. Stockholm: Socialstyrelsen, 1997.
6. Danmarks Statistik. NYT fra Danmarks Statistik. København: Danmark Statistik, 2007. www.dst.dk (juni 2007).
7. Juel K. Dødeligheden i Danmark gennem 100 år: Danskerne lever længere, men hvorfor 3-4 år kortere end svenske mænd og franske kvinder. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2004.
8. Nolte E, McKee M. Does Health Care Save Lives? The Nuffield Trust, 2004.
9. Mackenbach JP. The Contribution of Medical Care to Mortality Decline: McKeown Revisited. *J Clin Epidemiol* 1996;49(11):1207-13.
10. Nolte E, McKee M. Population health in Europe: how much is attributable to health care? *World Hospitals and Health Services* 2004;40(3):12-4.
11. Socialstyrelsen. Hälso- och sjukvårdens betydelse for folkhälsan. I: Sjöstedt L (red.). Folkhälsorapport 2001. Stockholm: 2001.353-72.
12. Wright JC, Weinstein MC. Gains in life expectancy from medical interventions – standardizing data on outcomes. *The New England Journal of Medicine* 1998;339(6):380-6.
13. Nolte E, McKee M. Measuring the health of nations: analysis of mortality amenable to health care. *BMJ* 2003;327(7424):1129.
14. Danmark Statistik. Statistiskbanken. www.dst.dk (juni 2007).
15. Ekholm O, Kjølner M, Davidsen M, Hesse U, Eriksen L, Christensen A et al. Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005 & udviklingen siden 1987. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2006.
16. McKee M. For debate - Does Health Care Save Lives? *Croatian Medical Journal* 1999;40(2).
17. Jørgensen KJ, Gøtzsche PC. Content of invitations for publicly funded screening mammography. *BMJ* 2006;332:538-41.
18. Rådet for Socialt Udsatte. Årsrapport 2005 - Rådet for Socialt Udsatte. 2005. www.udsatte.dk (juni 2007).
19. Larsen JE. Fattigdom og social eksklusion - Tendenser i Danmark over et kvart århundrede. Socialforskningsinstituttet, 2004.
20. Schiøler T, Lipczak H, Pedersen BL, Mogensen TS, Bech KB, Stockmarr A et al. Forekomsten af utilsigtede hændelser på sygehuse – en retrospektiv gennemgang af journaler. *Ugeskrift for Læger* 2001; 163:5370-8.
21. DSI Institut for Sundhedsvæsen. Utilsigtede hændelser på danske sygehuse. København: DSI Institut for Sundhedsvæsen, 2001.
22. Sundhedsstyrelsen. Årsrapport 2005 – DPSD – Dansk Patient Sikkerheds Database – en udredning fra Sundhedsstyrelsen. København: Sundhedsstyrelsen, 2006.
23. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Sundhedsloven – L71. 2006. www.retsinfo.dk (juni 2007).
24. OECD. Health Data 2005. OECD, 2005.

25. Petersen PE, Kjølner M, Christensen LB, Krustrup U. Voksenbefolkningens tandstatus og udnyttelse af tandplejetilbuddet i Danmark 2000. *Tandlægebladet* 2003;107(9):672-84.
26. Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005 (SUSY-2005). København: Statens Institut for Folkesundhed, 2005.
27. Birk HO, Henriksen LO. Brugen af det frie sygehusvalg inden for tre amter 1991-1999. *Ugeskrift for Læger* 2003;165(38):3613-6.
28. Bjerregaard P, Juel K. Middellevetid og dødelighed – En analyse af dødeligheden i Danmark og nogle europæiske lande 1950-1990. København: DIKE, 1993.
29. Søgaard J. Går stram økonomitilførelse ud over vores levetid. *Lægemiddel industri foreningen*, 2006. www.lifdk.dk (juni 2007).
30. Nixon J, Ulmann P. The relationship between health care expenditure and health outcomes – evidence and caveats for a casual link. *European Journal of Health Economics* 2006;7:7-18.
31. Donaldson C, Gerard K. Future considerations: Setting the health care budget. I: Donaldson C, Gerard K, Mitton C, Jan S, Wiseman V (red.). *Economics of Health Care Financing – The Visible Hand*. 2. udg. Palgrave MacMillan, 2005.
32. Shiell A, Donaldson C, Mitton C, Currie G. Health economic evaluation. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2002;56:85-8.
33. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Sundhedssektoren i tal 2002/2003. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2004.
34. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Sundhedssektoren i tal september 2006. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2006.