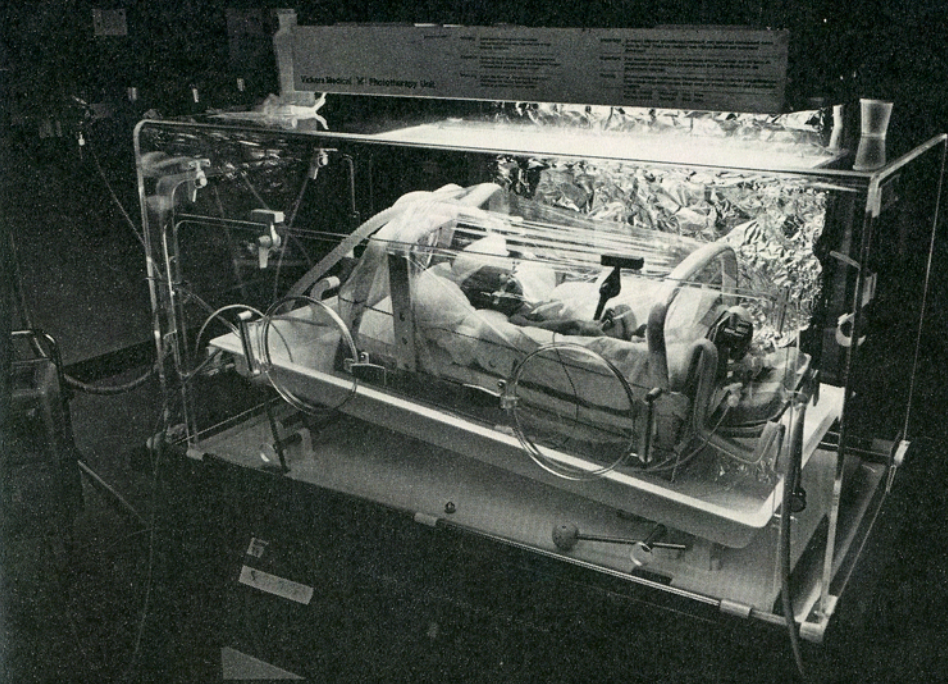


LIV *eller* DØD



Et teknologisk valg?

LIV eller DØD

Et teknologisk valg?

Lyd

Morten Böttzauw
Per Mannstaedt

Foto

Freddy Tornberg
Steen Møller Rasmussen
Erik Sten

Klip

Edda Urup

Produktionsleder

Stine Korst

Manuskript

Erik Thygesen
Freddy Tornberg

Instruktion

Freddy Tornberg

Produceret af

Freddy Tornberg Film/Video
med støtte fra
Dansk Sygeplejeråd
Dansk Kommunal Arbejderforbund
Teknologinævnet
og
Statens Filmcentral

© Freddy Tornberg Film/Video 1987

Indledning

Et medlem i familien er alvorligt syg. Lægen tilbyder behandling efter en metode eller med en maskine, vi ikke kender. Vi er ude af stand til at vælge. Angsten for lidelser, angsten for døden, angsten for at skulle tage afsked med én af vore nærmeste gør os totalt uegnede til at træffe en fornuftsbeslutning.

Men det er ikke kun patienter og deres pårørende, der har det på den måde. Læger og sygeplejersker har naturligvis også deres følelser i klemme.

Formålet med denne pjece er bl.a. at fremlægge nogle oplysninger og nogle debatemner og hjælpe den enkelte til at stå lidt stærkere, når krisen er der, og valget skal træffes.

Diagnose og behandling af sygdomme er ikke det samme i dag, som det var for 5 år siden. Ny teknik udvikles med en sådan hast, at det kan være vanskeligt at følge med.

Nye hjælpemidler tages i brug for at afdække og analysere fejl i den menneskelige organisme. Ufatteligt dyre behandlinger sættes i værk for at redde ganske få. Der bliver fundet flere sygdomme end det er muligt at behandle.

Hospitals-teknologien har udviklet sig til en hel industri. Der sælges hvert år for ca. 8 milliarder kroner medicin og medicinsk teknologi i Danmark. Det er ikke udelukkende ønsket om sundhed og helbredelse, som er drivkraften bag udviklingen, men også almindelige markeds-mekanismer.

Hvordan er udviklingen kommet hertil? Er det muligt at se på sundhed og sygdom og gøre sig overvejelser over, om vi mener, der er rimelighed og fornuft i de beslutninger, der træffes omkring:

- transplantationer?
- reagensglas-børn?
- kuvøse-behandling af meget små børn?
- at holde liv i håbløst syge?

Kan vi være sikre på, at den behandling, der gives, er noget værd? Er der bivirkninger, vi ikke kender? Er der andre måder at behandle på, som ville være bedre? Er der sygdomme, som kan bekæmpes eller helt undgås, hvis man forbedrer miljøet?

Ny teknik

Nogle eksempler

Hjertefejl

For 30-40 år siden kunne man ikke behandle børn, der var født med hjertefejl. Børnene overlevede ikke den tidlige barndom.

En del af disse børn kan i dag reddes. Mulighederne for at bedøve og operere er forbedrede. Det samme er medicinen og en række af de maskiner, der hjælper til og overvåger barnet under og efter operationen.

I de fleste tilfælde skal »hjertebarnet« vente nogle år, før det er stærkt nok til, at det kan gennemgå den afgørende operation. Det betyder, at barnet i dets første leveår er meget skrøbeligt. Forældre og søskende til et hjertebarn er udsat for en meget voldsom belastning. Hjertebarnet kan ikke tåle at være sammen med en masse andre børn på grund af smittefaren. Barnet skal overvåges konstant, og den ene af forældrene må opgive sit arbejde. Forældre og søskende lever et anspændt familieliv i disse »ventear«, og de ved - når beskeden om tidspunktet for operationen endelig kommer - at operationen kan tage barnets liv.

Hvis operationen lykkes, er barnets hjerte og kredsløb bragt i orden, men familien har tit svært ved igen at fungere normalt. Der findes ikke noget alternativ til hjerteoperationen, men hvis man vil have både et sundt barn og en sund familie, er det vigtigt, at de psykologiske og sociale problemer bliver løst på lige fod med hjertefejlen.

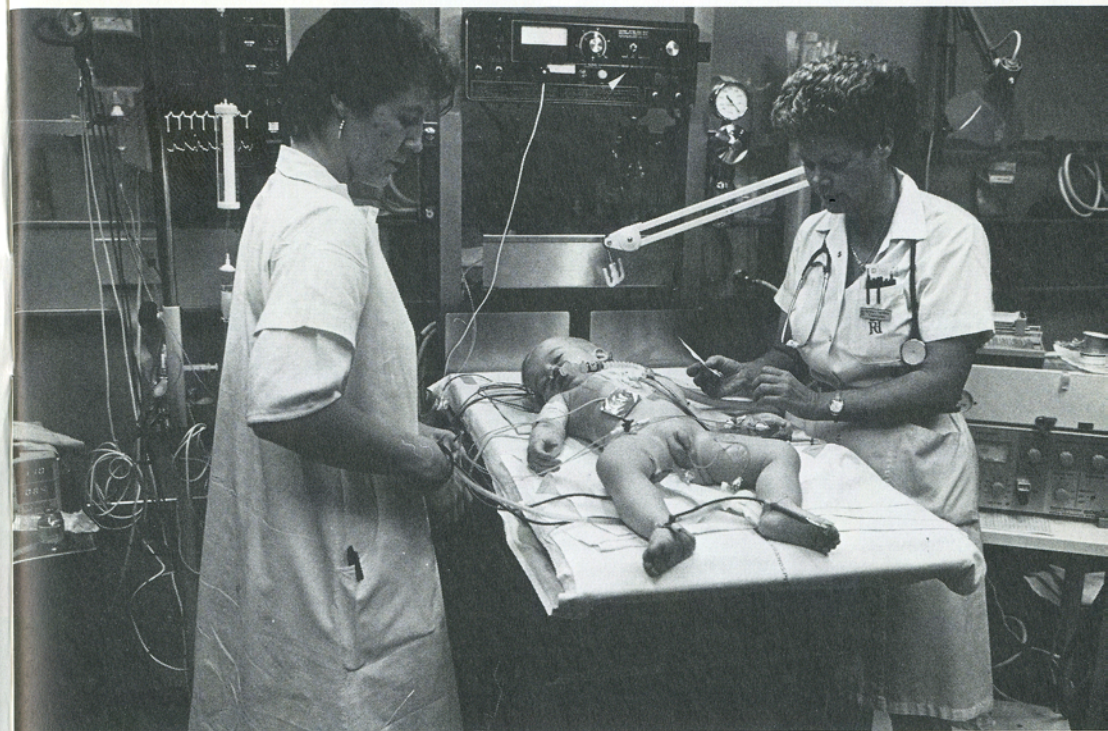
Intensiv afdeling

Alle aldersgrupper kan behandles på de forskellige former for intensive afdelinger, men på hjerteafdelinger ser vi mest ældre mennesker.

Hjertepatienter bliver udstyret med et måle-apparatur, så personalet hele tiden fra »kontrolrummet« kan følge med i, hvordan patientens hjerte har det.

Indlæggelsen og maskinerne virker tit yderst dramatiske på patienten og familien: Hvordan ser det ud på skærmen? Slår hjertet endnu?

Patientens egen fornemmelse for, hvordan det går med hjertet,

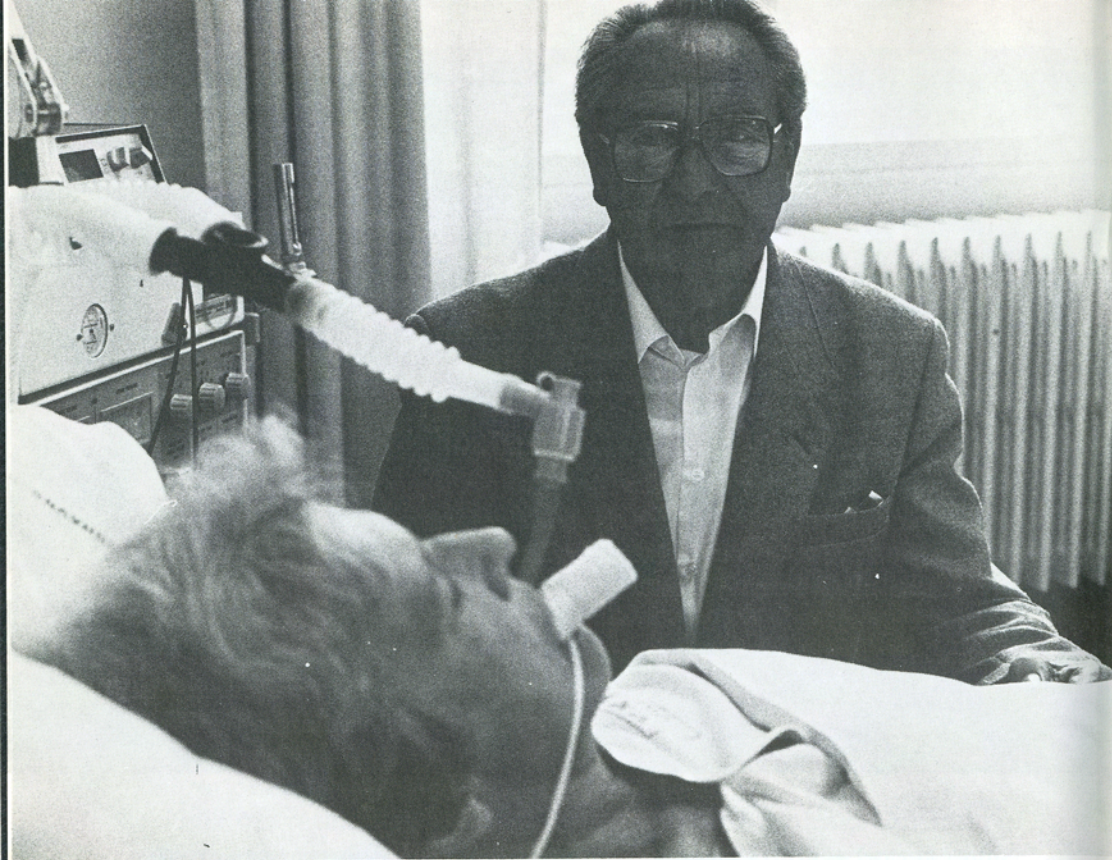


bliver sat ud af spil. Patienten bliver overvåget fra skærmterminaler og ikke fra sygesengen. Interessen flyttes fra patienten som sådan til udelukkende at gælde hjertet. Sygeplejersken behøver ikke længere at spørge: »Hvordan har vi det?« Hun kan følge hjertet fra kontrolrummet.

Både patienten og personalet bliver afhængige af overvågningsudstyret. Patienten bliver måske oven i købet bange, når han eller hun efter den første kritiske fase skal til at undvære den elektroniske overvågning: Slår det nu, som det skal?

Overvågning af patienter giver mulighed for tidlig indgriben, hvis noget skulle gå galt. Men den stressede situation er ikke nødvendigvis særlig god for en hjertepatient og kan give mavesår.

Fra flere sider er der faktisk blevet rejst tvivl om nytten af at indlægge patienter på den slags afdelinger. Nogle undersøgelser viser, at patienten har større chancer for at overleve, hvis behandlingen foregår i hjemmet - stille og roligt. Andre undersøgelser viser, at mulighederne for at overleve er størst på de hospitalsafdelinger, som har allermest teknik.



For tidligt fødte børn

For 100 år siden blev de meget små og for tidligt fødte børn lagt i skøtøjsæsker foret med vandskyende vat. Nogle klarede den ikke; nogle fik psykiske skavanker, de livskraftige havde fået bevist deres »livsvilje«.

Kuvøse-behandlingen af små børn har betydet, at selv børn født i 6. graviditetsmåned og med en vægt på under 500 gram har overlevet. Tærsklen bliver fortsat lavere. Som for 100 år siden er det fortsat sådan, at nogle ikke klarer den, og at nogle får psykiske og andre skavanker.

Det er blevet mere og mere svært at trække grænsen mellem abort og barn. En kvinde i 7. måned har måske problemer med sin graviditet, svært ved at holde på fostret eller lignende. Hun bliver indlagt med henblik på en abort. En ultra-lyd-scanning af fostret afslører måske, at barnet vejer 900 gram, og at der er en reel chance for at det kan overleve, hvis man gør klar til en fødsel frem for en abort.

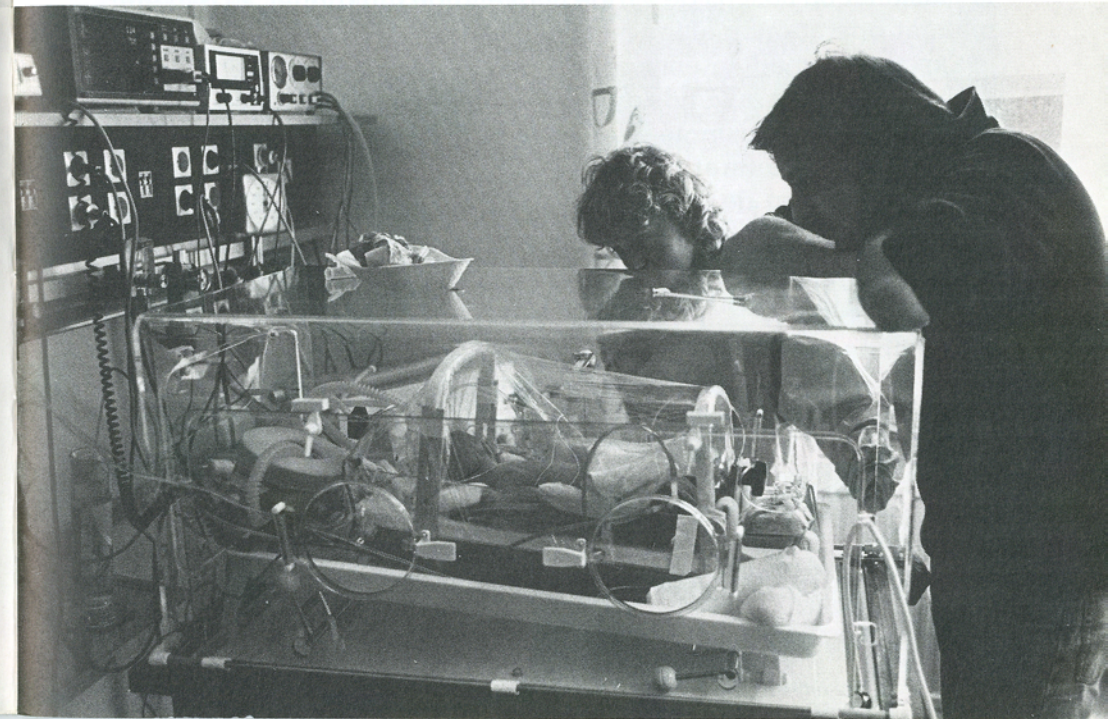
Et kuvøsebarn er ikke lige nøjagtig dét drømmebarn, forældrene har forestillet sig: En voksagtig tingest i en glaskasse, som skal have hjælp til at trække vejret, og slange ind i årerne for at få væske.

Mange kuvøse-børn tager varig skade af denne start på livet. Nogle børn bliver blinde, nogle bliver døve, andre får hjerneskader i form af spastisk lammelse eller åndssvaghed.

Af en eller anden grund opfattes det i øvrigt som uetisk at lave undersøgelser på nytteværdien af en behandlingsform, som allerede er indført. Også selv om den er indført, uden at der er ført bevis for, at der er tale om en bedre form for behandling.

På en hospitalsafdeling, der har dårlige hjerter som speciale, ser man udelukkende på hjertet. Patienten har muligvis også åreknuder; hjertesygdommen og åreknuderne stammer måske fra samme usunde arbejdssituation – men den slags har sjældent den store interesse for den stærkt specialiserede hjerteafdeling.

Hvis patienten skal overleve udskrivningen fra hospitalet, er det helt afgørende, at det såkaldte »sociale netværk« er i orden, d.v.s. familielivet og vennerne; at patienten spiser sundt og passer på sin krop; at patienten ikke vender tilbage til lige nøjagtig det arbejde, som har fremkaldt sygdommen. Heller ikke denne side af helbredelsesprocessen har den store interesse på den stærkt specialiserede hjerteafdeling.



Hvordan træffer man det svære valg, om kuvøsen skal gøres klar, og hvor længe man skal forsøge at holde liv i barnet? Og hvordan kan man overhovedet træffe dette valg, hvis man har en mistanke om, at barnet, hvis det overlever, vil få en frygtelig problemfyldt tilværelse?

Kuvøse-perioden er en barsk og ukærlig start på livet. I mange år har man troet på, at forældrekontakt og omverdensoplevelser allerede i barnets første måneder havde betydning for barnet senere i livet. I dag er man derfor også enkelte steder begyndt at arbejde med den såkaldte »kænguru-metode« – barnet lægges med så lidt apparatur som muligt mellem moderens bryster i en slags bæresele. Det drikker af hendes mælk, og det holder varmen gennem hudkontakten med moderen.

Sammenfatning af eksemplerne

De tre eksempler viser tre sider af problemerne omkring ny teknik på hospitaler.

Tekniske fremskridt har gjort det muligt at redde hjertebørn, som før var dødsdømte. Men samtidig viser det sig, at teknikken ikke kan stå alene. Hvis operationen skal kaldes vellykket, er det ikke nok, at patienten overlever; det er også afgørende, at de psykiske og sociale sår heles. Hvis man kun bruger penge på lægeuddannelse og indkøb af maskiner og ikke på de øvrige nødvendige funktioner, så risikerer man, at operationen alligevel »mislykkes«.

Eksemplet med intensivafdelingen rejser spørgsmålet: Opnår man noget ved at anvende dyr og fremmedgørende teknologi? Kunne man opnå det samme eller mere ved en mere menneskelig og mere patientorienteret pleje?

Problemet med de for tidligt fødte børn rejser også dette etiske spørgsmål: Skal vi gøre alt dét, der er teknisk muligt? Kan de menneskelige omkostninger blive for store? Har vi i vores iver efter behandling (kuvøsen) forkastet en bedre og mere naturlig metode?

Ny teknik

Hvordan man afprøver og udbreder ny teknik

Nye teknikker breder sig tit hurtigt og ukontrolleret. Alle håber, mirakelkuren er fundet – hvorfor så ikke tilbyde behandlingen til flest mulige og hurtigst muligt?

Men så enkelt er det heller ikke. En del nye teknikker viser sig ved nærmere eftersyn at være virkningsløse eller direkte skadelige. Ikke desto mindre er der fortsat en kraftig tendens til at overvurdere nye teknikker.

Historien om, hvordan forskellige mennesker fik succes med det ene virkningsløse indgreb mod angina pectoris (hjertekramper) efter det andet fortæller noget om, hvordan sådan noget kan gå til.

Historien om angina pectoris (hjertekramper)

Angina pectoris er en meget smertefuld lidelse, som skyldes dårlig iltforsyning til hjertet. Man plejer at behandle den med nitroglycerin, men mange har gennem årene ledt efter bedre behandlingsmetoder.

To amerikanske forskere har kigget på et antal behandlingsmåder, som gennem de sidste 50 år er blevet forsøgt – og opgivet igen. Forløbet er hver gang næsten det samme.

Der bliver udviklet en ny metode. Metoden bliver afprøvet på nogle patienter. Metoden virker lovende. Andre læger hører eller læser om den. De får lyst til at prøve den. 80–90% af deres patienter får det bedre. Det er ikke kun noget, de tror – det er noget, der kan måles.

Nogle andre læger synes, det lyder mærkeligt. De får lyst til at lave deres egne forsøg – dvs. kontrollere deres kollegers videnskabelige forsøg. Kontrol-forsøgene viser, at kun 30–40% får det bedre med den ny behandling. Men der sker én meget underlig ting: 30–40% af de patienter, som modtager den gamle behandling, oplever samtidig en forbedring af deres tilstand.

Man bliver enige om at opgive den nye behandlingsform – den er alligevel ikke bedre end den gamle.



Placebo-effekten

Hvorfor var der pludselig flere, der fik det bedre end med den gamle behandlingsform?

En læge giver en patient nogle virkningsløse piller. Hvis patienten tror på, de virker, så oplever patienten faktisk, at han eller hun får det bedre. Man kan måske oven i købet måle en forbedret tilstand – på blodtryk, hjerterytme, hvad som helst.

Man bruger udtrykket »en placebo-effekt« om resultater af den art.

Og det siger sig selv, at effekten slår endnu kraftigere igennem, hvis også lægen tror på nogen virkningsløse piller eller en ny, virkningsløs metode.

Man kan tale om en »entusiasme-effekt« – lægens begejstring smitter.

Der bliver i disse år gjort en masse forsøg med – forsøg. Det er temmelig vigtigt, at nye metoder, nye præparater ikke bliver hældt i hovedet på folk, før man er nogenlunde sikker på, hvordan de virker – og om de overhovedet virker.

På den anden side må man vel nok sige, at det i disse år myldrer frem med nye teknikker og nye metoder. Man kan sige, at den konstante præsentation af nye teknikker og nye metoder hviler på en alt for tilfældig udnyttelse af netop placebo- og entusiasme-effekterne.

Ny teknik

Hvordan kan den udvikles inden for sundhedsvæsenet

Man kunne starte med at kortlægge behovene: Hvilke sygdomme lider folk af? Hvordan kommer de til skade? Hvad dør de af? Hvilke behov er der for pleje? Vi ved alt for lidt om den slags.

Så kunne man prøve at diskutere, hvad der skal gøres – og i hvilken rækkefølge: Skal man forebygge hos de raske eller behandle de syge? Hvilke sygdomme skal man satse på at få kureret? Hvor meget skal vi give til helbredet – og hvor meget skal vi give til skoler, landeveje og privatforbrug?

Hvis vi vidste noget mere om, hvad den slags koster, ville vi måske bedre være i stand til at vælge: Skal vi gøre noget ved barnløshed? Skal vi prøve at forebygge den eller skal vi investere i frugtbarhedsklinikker og reagensglas-børn?

Sundhedsstyrelsens forslag

Sundhedsstyrelsen har nedsat et udvalg, der skal vurdere medicinsk teknologi. Ikke al ny teknik er lige god. Man bliver nødt til at finde ud af, hvordan man analyserer tingene – og hvordan man vil vælge. Man taler om »medicinsk teknologi-vurdering«. Gruppen har udgivet en pjece om, hvordan opgaven kan gribes an.

1) Man kan begynde med at tage stilling til, hvad den ny teknik overhovedet kan bruges til; om den har den ønskede effekt; om den har nogen bivirkninger. Det sker, at en teknik (en behandling, en medicin), som virker i forhold til bestemte sygdomme, også bliver brugt på andre sygdomme, hvor den ikke hjælper spor.

2) Man kan også se på de økonomiske konsekvenser af teknikken – konsekvenser for samfundet, for de ansatte, for patienterne. (Hvilket er temmelig nye toner fra Sundhedsstyrelsen).

3) Så er der patienternes psykiske og sociale situation: Når man laver screening-undersøgelser, forsøger man at opspore sygdommen på et så tidligt stadium som muligt. På den ene side giver tidlig indgriben de bedste behandlings-resultater. På den anden side kan man give patienten en unødigt forskrækkelse med oplysninger om en sygdom, som først vil komme på et langt senere tidspunkt – eller måske aldrig vil udvikle sig overhovedet.

Der er kommet nogle fremragende blod-analyse-maskiner. De er i stand til at svare på mere end man egentlig spørger om, eller har brug for at vide. Hvem skal have disse oplysninger? Hvad skal man bruge dem til?

Ny teknik kræver også en moralsk stillingtagen.

4) Det er nødvendigt at se på, hvilke følger en ny teknik kan få for sundhedspersonalet: Hvordan bliver deres arbejdsmiljø? Bliver der arbejde til flere eller færre? Betyder teknikken, at flere patienter skal samles på specialafdelinger – eller betyder den modsat, at folk kan behandles hjemme?

Sundhedsstyrelsens udvalg har begrænset sig til at se på, hvordan man vurderer den teknik, der kommer udefra, så man kan udvælge sig det bedste af det bedste. Udvalget har ikke nogen forslag til, hvordan man måske kunne styre udviklingen i retning af de behov, der rent faktisk er.

Hvem styrer udviklingen?

Det er der ikke nogen, der gør. Men det betyder på den anden side heller ikke, at den bare tumler deruda' helt af sig selv.

Forskerne har et ønske om at hjælpe syge mennesker. Men de har også behov for anerkendelse. Der er lige så meget mode-bevægelse inden for forskningen som der er inden for musikken. Hvis en forsker skal have penge til sin forskning, kan det ikke nytte noget, hvis projektet er alt for langt væk fra dét, der p.t. er god tone i forskerkredse. Psykologi og samfunds-konsekvenser er ikke så moderne i forbindelse med sygdoms-forskning – det er til gengæld teknik og naturvidenskab. Det meste af forskningen foregår på hospitaler – d.v.s. at man koncentrerer sig om de sygdomme, man træffer på hospitalerne, mere eller mindre løsrevet fra hvordan sygdommen er opstået (patientens liv, baggrund, familie, arbejde o.s.v.).

Forskningen i medicin foregår for det meste omkring medicinal-fabrikkerne. Formålet her er naturligvis at udvikle nye varer – og tjene penge på det.

I sidste ende bliver beslutningen om nye behandlinger, nye teknikker, nye mediciner truffet af den enkelte læge eller det enkelte sygehus. Og det er selvfølgelig godt nok – hvor skulle de ellers tages? Men der er ikke meget plan i det. Beslutningerne træffes helt tilfældigt. Og har først én læge på ét hospital besluttet sig for en hjertetransplantation, så er det meget vanskeligt for en anden læge på et andet hospital at nægte en anden patient i samme situation



den samme behandling. Bruger vi først en masse penge på hjerte-transplantationer, hvor skal vi så få penge fra til alle de nødvendige hofte-operationer?

Mange andre ting spiller ind og påvirker udviklingen. Alle sammen mindst lige så tilfældige. Avis-historier er f.eks. i høj grad med til at skubbe i alle mulige retninger på én gang.

Reportager om lægers fantastiske fremskridt på snart det ene og snart det andet område forstærker den opfattelse, at nye veje skaber nye og mirakuløse resultater. Ofte handler disse avisreportager mest om behandlinger – ikke om helbredelser.

Mange avis-historier handler om en enkelt patients helt specielle behov. Formålet er at påvirke offentligheden, så politikerne får svært ved at nægte denne ene person en behandling, som i mange tilfælde vil medføre, at andre patienter ingen behandling får. Det handler i disse sager som regel om dyre behandlinger, som kun kommer de få til gode. Og er der først én, der har fået denne behandling, kan man ikke nægte at give den til andre.

Sundhedsvæsenet

Når man taler om sundhedsvæsenet, tænker de fleste på hospitaler, læger, sygeplejersker – folk med anerkendte uddannelser inden for et offentligt finansieret system.

Der findes også et alternativt system: homøopater, zonerapeuter, healere o.s.v. De er ikke stats-autoriserede, og man kan ikke få offentlig hjælp til at betale dem. Der sker visse forskydninger mellem det autoriserede og det alternative, f.eks. bliver akupunktur nu også brugt af almindelige læger.

Endelig er der en række institutioner, der også har til formål at forbedre folks sundhed: boligpolitikken, bygge- og sundhedsvedtægterne, trafiksaneringen, levnedsmiddelkontrollen, arbejdsmiljølovene, kampen mod forureningen o.s.v. Man kan også tage dele af social-sektoren med her, hjemmehjælpen f.eks.

Sundhedsarbejde – 3 hovedområder?

Det offentlige:

Sundhedsplejersker
Hjemmesygeplejersker
Fysioterapeuter
Tandlæger
Praktiserende læger
Kiropraktorer
Bedrifts-sundhedstjenesten
Plejehjem
Sygehuse
Speciallæger
Apoteker
Psykologer

Det alternative:

Zonerapeuter
Homøopater
Healere
Elektro-terapeuter
Massører
Mensendieck-lærere
Naturlæger

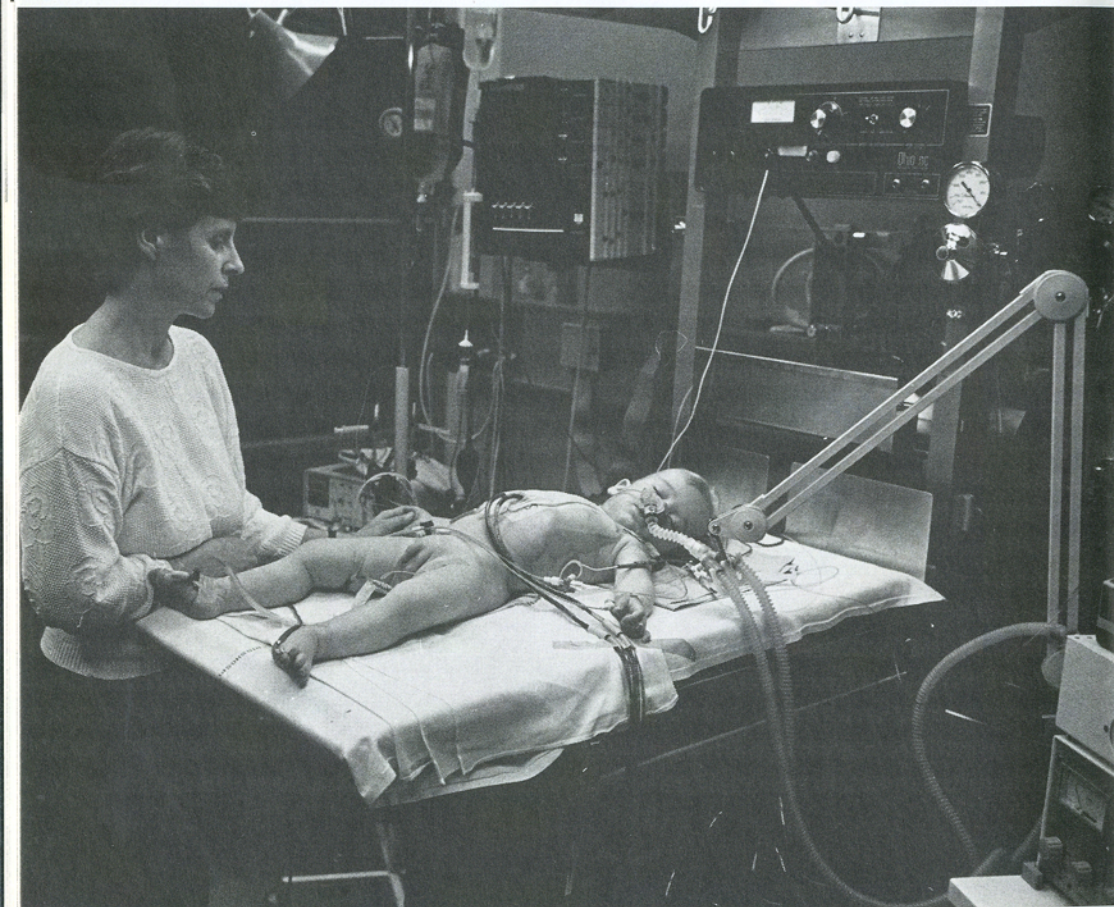
Andre institutioner:

Levnedsmiddelkontrol
Arbejdsmiljøkontrol
Sundhedslove
Boligpolitik
Byggevedtægter
Miljølove
Trafikpolitik
Socialvæsen

Hvad sker der i de 3 hovedområder?

Det offentlige og det alternative system beskæftiger sig mest med syge menneskers helbredelse, forbedring af patientens tilstand, pleje. De tager sig også af noget af det forebyggende arbejde: vaccination, sundhedspleje o.s.v.

De andre institutioner, vi har nævnt (levnedsmiddelkontrollen o.s.v.), er mest beskæftiget med at forebygge, d.v.s. sørge for at raske mennesker forbliver raske.



De nye teknikker og nye maskiner findes især på hospitalerne. De anvendes til at stille diagnoser – det kan være en scanner, som kan afsløre fejl inde i kroppen, eller en automat, som lynhurtigt kan analysere en blodprøve. De anvendes også i selve behandlingen – en nyrestensknuser, en respirator, en teknik, der letter f.eks. en hofteoperation.

Sygehusene

Der er godt 100 sygehuse i Danmark. Tre fjerdedele af patienterne behandles på store sygehuse med mere end 300 senge. (Få, store sygehuse betyder store afstande ved sygebesøg, ambulans behandling o.s.v.).

Tre fjerdedele af de midler, der er asat til sundhed, bliver brugt på sygehusene. 90.000 ud af de 100.000, der arbejder i det offentlige sundhedsvæsen, er ansat på sygehusene.

De største sygehuse er de dyreste per patient. Til gengæld er de også i stand til at udføre mere komplicerede behandlinger, uddanne flere, forske mere.

Hvert år indlægges omkring én million mennesker. En del er gengangere og overflytninger, så det korrekte tal er på 600.000.

Først og fremmest indlægges fødende kvinder, deres nyfødte børn samt gamle mennesker. For halvtreds år siden eksisterede disse grupper knap nok som patienter: børn blev født hjemme og gamle blev kun i særlige tilfælde indlagt.

Som nævnt danner sygehusene ramme om næsten al forskning om og med patienter. Der bliver ikke forsket lige meget i alle patientgrupper. Selv om der ligger mange gamle mennesker på sygehusene, bliver der ikke forsket meget i alderdommens sygdomme.

Hvem bestemmer?

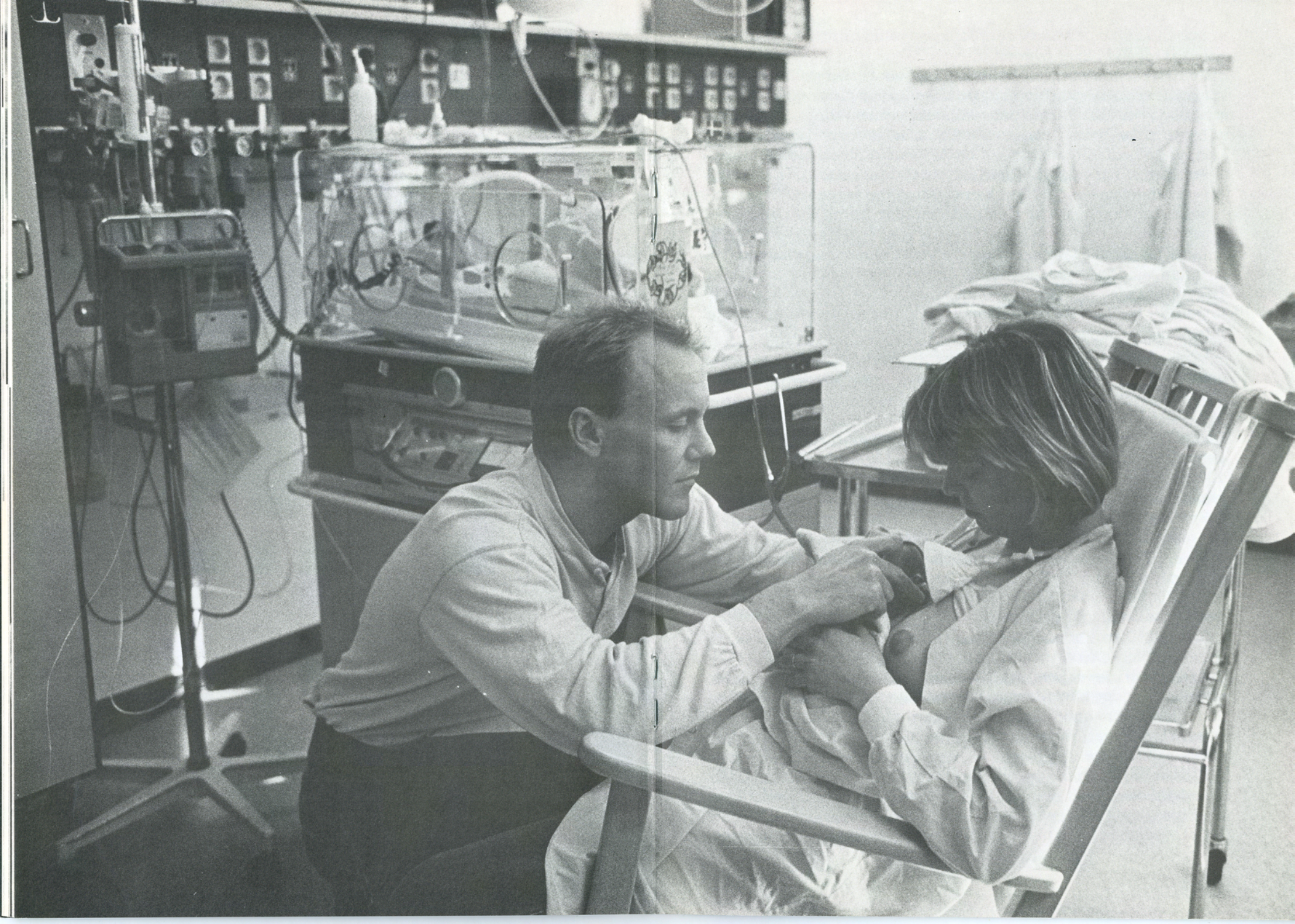
Det gør naturligvis både politikerne, lægerne og befolkningen. Men det er ikke altid lige klart for alle grupperne, hvad de skal og kan bestemme, og hvad de har af valgmuligheder.

Officielt ser det sådan ud:

Det meste af sundhedsvæsenet administreres af amterne – sygehusene, de praktiserende læger. (De sidste er i princippet små, selvstændige erhvervsdrivende med prisaftaler).

Kommunerne tager sig af sundhedspleje, hjemmesygepleje, plejehjem.





Staten står for uddannelsen, for lovgivningen og for kontrollen med, at lovene bliver overholdt.

Politikerne bestemmer, hvor mange sygehuse, der skal være; hvor mange ansatte der skal være på og uden for sygehusene; hvor mange penge der skal bruges på sundhedsvæsenet.

Lægerne beslutter, hvem der skal behandles og med hvad og hvor længe. De bestemmer stort set også, hvem der skal forske i hvad.

Politikerne har valgt i høj grad at lytte til de ansatte, d.v.s. lægerne og – ind imellem – sygeplejerskerne. Der sidder læger i de fleste rådgivende organer inden for sundhedsområdet. Sådan har politikerne ønsket det.

Indtil for ganske få år siden har der været almindelig enighed om, hvordan sundhedsvæsenet skulle fungere. Visse modsætninger er begyndt at vise sig. Nogle mener, at lægerne – og især hospitalslægerne – har haft for megen magt, og at der er blevet ofret alt for lidt på plejen af patienterne og på det forebyggende arbejde, d.v.s. arbejdet med at holde raske mennesker raske.

Aktiviteten

De praktiserende læger giver flere konsultationer. Antallet af indlæggelser vokser. Medicinforbruget stiger. I 1930 blev 50 ud af hver 1000 danskere indlagt. I 1984 var det 190, d.v.s. næsten 4 gange så mange.

Er folk blevet sygere eller raskere, eller er det bare fordi de er blevet mere optaget af sig selv og deres helbred?

Frem til 1930'erne varede et sygehusophold i snit 30 dage. I dag varer det 9 dage. Folk ligger altså ikke mere på sygehuset, end de gjorde for 50 år siden – de kommer hyppigere, men i kortere perioder, så statistisk går det lige op.

Siden 1950'erne er en indlæggelse af en patient blevet dobbelt så dyr – også selv om patienten kun er indlagt halvt så længe. Det skyldes flere ting: der er kommet flere specialafdelinger (røntgen, laboratorier o.l.); der bliver lavet flere undersøgelser – man behandler mere, laver flere operationer, giver mere medicin. Der er flere ansatte. Flere læger. Flere administratorer – deres antal er tredoblet siden 1960!

Der bliver talt en del om »produktivitet i sygehus-sektoren«. Det er forholdsvis enkelt at måle, hvor mange der er blevet indlagt, og hvor hurtigt de er blevet behandlet.

Det afgørende for patienten er ikke produktiviteten – det afgøren-

de er om patienten får det bedre, eller måske oven i købet bliver rask og kureret.

Som det fremgår af næste afsnit, er det ikke sådan, at den voldsomme vækst på sygehusområdet har ført til nogen større stigning i den gennemsnitlige levealder. Men det kan selvfølgelig godt være at sygehus-behandlingen har givet en masse mennesker et bedre liv – og det er jo godt nok.

Folks sundhed og sygelighed

Det er nærmest umuligt at danne sig et sammenhængende overblik over sundhedstilstanden i Danmark. Det sete afhænger af øjnene – og af hvem der registrerer hvad.

Ser man på statistikken over officielle dødsårsager, så er hjertesygdomme nummer 1 og kræft nummer 2. Ser man på statistikken over, hvorfor folk bliver indlagt, så er skader nummer 1 og graviditeter og fødsler nummer 2. Når folk bliver førtids-pensioneret er psykiske lidelser nummer 1 på hitlisten og lidelser i bevægelses-apparatet nummer 2. Ved en statistisk undersøgelse har man spurgt 40-årige i Glostrup til deres helbredsproblemer. Nummer 1: hovedpine. Nummer 2: træthed.

Et eller andet sted er der noget, der ikke hænger sammen. Eller formuleret på en anden måde: Der er langt fra de småkavanker, der plager folk til daglig, og til de meget alvorlige sygdomme, der fører til kontakter med sundhedsvæsenet.

Alder

Sygdomme og deres farlighed ændrer sig med alderen. Kvinder bliver lidt ældre end mænd. Ældre mænd og ældre kvinder dør først og fremmest af hjerte-kar-sygdomme. Yngre kvinder dør især af kræft. Blandt de helt unge dominerer de voldsomme dødsfald: ulykker og selvmord – og det er især unge mænd, der dør på den måde.

Spørger man til folks helbredsgener, viser det sig, at flere kvinder end mænd – og det gælder både de unge og de ældre – klager over træthed, åndedrætsproblemer, ondt i ryggen o.s.v. Det er umuligt at sige, om det er fordi kvinder beklager sig mere end mænd, eller om de rent faktisk er mere syge. Mystisk nok er mænds dødelighed som nævnt større end kvinders.



Visse lidelser bliver hyppigere med alderen: ondt i ryggen, problemer med vejrtrækningen – andre er lige udbredte: forkølelse, hovedpine.

Erhverv, socialgruppe

Man kan sige noget om sundhed, sygdom, dødelighed ud fra alder og køn. Man kan også se på folks erhverv og indtægtsforhold.

Man kan sætte en almindelig, erhvervsaktiv, dansk gennemsnitsmands risiko for at dø i løbet af det næste års tid til 100. Statistikken viser, at en faglært bagers dødsrisiko er på 143, d.v.s. at bageren har 43% større risiko for at dø i løbet af det næste år end en jævnaldrende gennemsnitsmand. Fiskere og sømænd er helt oppe på 188, d.v.s. 88% over gennemsnittet. En bryggeriarbejder ligger 33% over gennemsnittet. Tjenere og kokke er helt oppe på 95%.

Gårdejere, officerer, skolelærere, gartnere, mekanikere ligger til gengæld under gennemsnittet.

Ser vi på folks indtægter, viser det sig, at jo fattigere man er, jo mere sandsynligt er det, at man er generet af problemer med helbredet.

Allerdårligst står det til med ældre arbejdsløse – både mænd og kvinder.

Er vi mindre plaget af sygdomme end vore bedsteforældre?

Det er ikke til at svare på. Vi ved meget lidt om den nuværende befolknings velbefindende. Vi ved så godt som intet om vore bedsteforældre. Det eneste, vi næsten ved noget om, er levealder.

Mange tror, at vi lever længere i dag, end man gjorde i begyndelsen af århundredet – og at det ikke mindst er sundhedsvæsenets fortjeneste. Men det er ikke helt rigtigt. Ser vi bort fra forskellen i børnedødeligheden, så er forskellen nærmest ens.

Er man 50 år i dag og mand, kan man regne med at leve 3 år længere, end hvis man var 50 år omkring år 1900. Og man må regne med at leve et halvt år mindre, end hvis man var 50 år i 1950'erne.

Er man kvinde er udsigten lidt bedre. En 50-årig kvinde i dag kan regne med at leve 6 år længere end en 50-årig kvinde i 1900 og 3 år længere end en 50-årig kvinde i 1950.

Når man taler om befolkningens sundhedstilstand og forventede levetid, så handler det som regel om gennemsnits-levealderen. Og den er vokset. Fra 56 til 77 år for kvinder. Fra 53 til 71 år for mænd. Siden år 1900. Og det er nogle andre tal end dem, vi havde for de 50-årige.

Når man regner den gennemsnitlige levealder ud, tager man alle med. Og børnedødeligheden er raslet ned i dette århundrede. I 1900 døde hvert tiende barn, før det blev 1 år. I dag dør kun ét ud af 100. Det betyder meget for et gennemsnit.

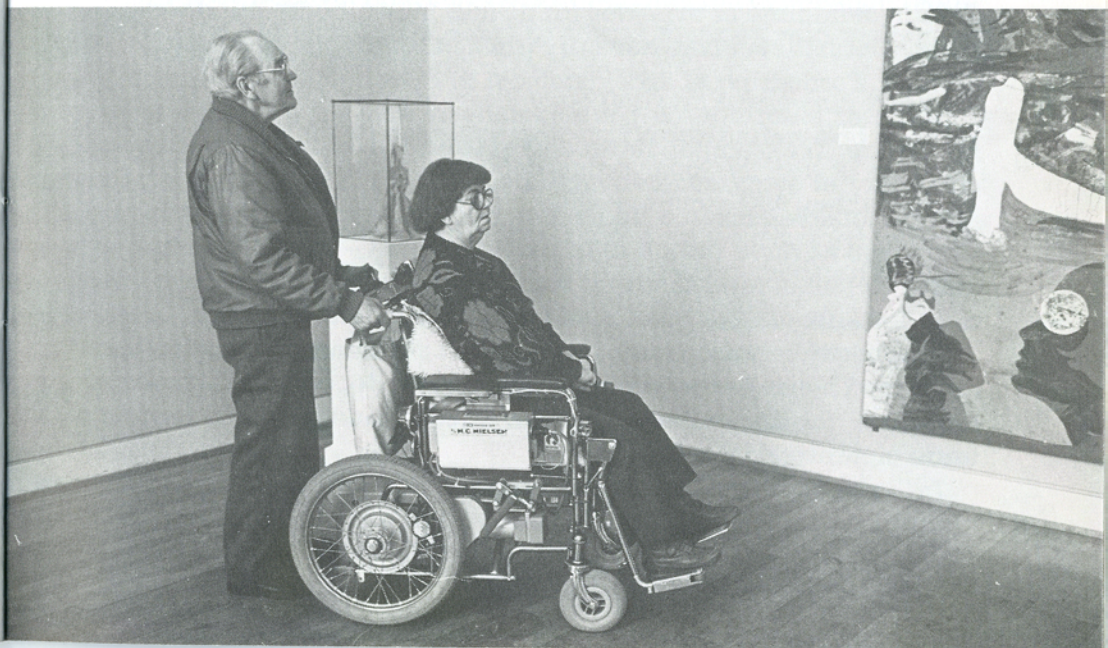
Også de unges dødelighed er faldet i løbet af det 20. århundrede. Tidligere døde mange unge af tuberkulose. Mellem en tredjedel og halvdelen af de 15–34-årige, der døde, havde tuberkulose som dødsårsag.

Både hvad angår børnedødeligheden og tuberkulosen ved man, at mad og boligforhold har stor betydning. Netop på de områder er der sket store fremskridt i dette århundrede.

En anden påstand man ofte møder, er at det er takket være sundhedsvæsenet, vi har så mange gamle i befolkningen i dag.

Det er nu heller ikke helt rigtigt. Når først vi er blevet voksne, lever vi ikke meget længere i dag, end man gjorde omkring århundredskiftet. Men der bliver ikke født nær så mange børn længere – derfor er der forholdsvis flere gamle.

I 1900 fik hver kvinde i snit 4 børn. I dag får hun 1,5. De gamles årgange er større end de nyfødtes – også selv om man fraregner dem, der døde som helt små.



Forebyggelse eller behandling

Det er bedre at forebygge end at helbrede. Det er alle enige om, men det er ikke noget, der slår igennem i sundhedsvæsenets budgetter.

Af knap 33 milliarder kroner går kun 2 milliarder til forebyggelse. Og af disse 2 milliarder går 2/3 til børnetandpleje. Det meste af resten går til sundhedspleje, børneundersøgelser og skolesundhedstjeneste. Der bliver forebygget i forbindelse med nyfødte og børn, men der bliver ikke gjort meget for de øvrige aldersgrupper. Medmindre man vil opfatte levnedsmiddelkontrol, arbejdstilsyn, trafiksanering, miljø- og bolig-politik som forebyggende arbejde.

Hvilket sundhedsarbejde?

Man kan forebygge og man kan behandle. Men listen over muligheder er lidt længere: Man kan arbejde med:

- 1) sundhedsfremme
- 2) sygdomsforebyggelse
- 3) tidlig opsporing
- 4) helbredelse
- 5) behandling
- 6) pleje
- 7) lindring

Sundhedsfremme er arbejdet for at folk får en bedre sundhedstilstand. Det behøver ikke have til formål at forebygge bestemte sygdomme. Forbedring af arbejdsmiljøer er sundhedsfremmende.

Nogle af ændringerne i arbejdsmiljøet kan være *sygdomsforebyggende*. Et eksempel: indførelse af vand-baserede malinger. Vaccinationer er sygdomsforebyggende.

Sundhedsplejersken, skolelægen, bedriftssundhedstjenesten har til opgave at finde tidlige tegn på sygdomme – med det formål at starte en behandling så tidligt som muligt. De har brug for mere tid til at fortælle om, hvordan man kan leve sundere og bedre.

Sundhedsfremme og forebyggelse er tit det samme. F.eks. i forbindelse med hjerte-kar-sygdomme. Her gælder det om at skabe bedre levevilkår for den enkelte, mindre stress, sundere mad, motion, færre cigaretter o.s.v.

Tidlig opsporing: Den praktiserende læge kan undersøge folks blodtryk og kolesterol-indhold i blodet. På den måde kan man finde

frem til, hvem der er i farezonen og måske få dem til at tage noget medicin og ændre på nogle spisevaner. De fleste af de mennesker, der dør af hjerte-kar-sygdomme, har dog ikke på den måde været i farezonen – og er derfor heller ikke blevet advaret. Skal man for alvor spare liv, skal man lave en bred indsats, som dækker hele befolkningen.

Nogle sygdomme kan forebygges, men ikke helbredes. Andre kan *helbredes*, men ikke forebygges.

Lungekræft kan ikke helbredes, men man kunne forebygge mod lungekræft, hvis der for alvor blev sat ind mod rygning og mod arbejdsmiljøer, der er fyldt med røg og støv.

Blindtarmsbetændelse kan helbredes – man ved ikke meget om, hvordan den kan undgås.

I nogle tilfælde kan man hverken forebygge eller helbrede, men kun *behandle*. En vellykket behandling kan være næsten lige så god som helbredelse – den kan gøre det muligt at leve et normalt liv. Det gælder f.eks. sukkersyge.

Ikke alle sygdomme kan behandles så effektivt. I nogle tilfælde er det vigtigste ved behandlingen, at opnå en form for *lindring*. Det gælder f.eks. for visse former for kræft.

Da Peter Plys blev spurgt, om han ville have honning eller syltetøj, svarede han: »Tak, begge dele!« Så længe det er muligt at få begge dele, er der ikke noget problem. Men man kan også risikere at blive kastet ud i nogle ubehagelige valg. Valget mellem forebyggelse og helbredelse behøver ikke kun være et valg mellem to måder at redde de samme mennesker på – det kan også være et valg mellem at redde forskellige mennesker.

Hvordan kan man vælge imellem på den ene side en dyr behandling, som vil redde en enkelt person, og på den anden side en forebyggelse eller noget sundhedsfremme, som vil redde mange? Måske vil man svare, at det er da meget nemt: Det gælder om at redde så mange som muligt. Men mon man vil svare på samme måde, hvis man tilfældigvis kender den ene person med den sjældne og komplicerede sygdom, der i givet fald skal ofres?

Ny teknik

Tidlig opsporing, behandling, lindring er de områder, hvor de nye teknikker er mest effektive.

Ultra-lyd-scanning, fostervandsprøver, kromosom- og andre analyser gennemføres med ny teknik. *Tidlig opsporing*, er dog kun rigtig interessant, hvis man har mulighed for at behandle de sygdomme, man finder, eller forebygge at de opstår hos andre. (Analysemaskinerne kan også bruges til frasortering af individer med egenskaber, der er mindre populære).

Man bruger ny teknik i *behandling* af sygdomme som nyresten, gigt og grå stær, og smertefulde indgreb er sine steder blevet afløst af indgreb, der er mere effektive og gør mindre ondt.

Mange traditionelle behandlinger ville give bedre resultater, hvis de blev suppleret med en bedre pleje. Kun i meget få tilfælde kan en operation stå alene – den skal følges op med pleje og genoptræning. Hvis ikke man får dette efterarbejde med, vil operationen i mange tilfælde vise sig at være spildt. På den anden side: hvis pengene først er investeret i ny teknik, så kan de ikke bruges en gang til på pleje, genoptræning og forebyggelse.

Det er lettere at se resultatet af en forskning, hvis arbejdet ender i noget håndgribeligt: et nyt apparat eller en ny medicin. Politikere kan med deres egne øjne se, hvad pengene er blevet brugt til. Patienter kan se, at man gør alt hvad der er teknisk muligt.

Det er langt sværere at få arbejdet med sundhedsfremme og pleje til at ligne noget, der kan vises frem som et resultat. I praksis ender det derfor som regel med, at politikere, læger og patienter handler som om de i virkeligheden mener: Hellere behandle end forebygge!

Sundhed og sygdom i fremtiden

Man kan ikke forebygge alt. Der vil altid være mennesker, der bliver født med handicap eller bliver frygtelig syge. Man kan bekæmpe kræft og hjertesygdomme – men ikke dem alle sammen. Selv om der skulle blive færre trafikulykker, vil der fortsat være folk, der brækker arme og ben. Mennesker får gigt. Nogle får hjertesorger, som de skal have hjælp til at klare. Og i sidste ende skal vi fortsat alle sammen dø.

Så et sundhedsvæsen og et behandlingssystem – det vil der fortsat være brug for.

Det vil nok være en fordel at lægge så meget behandlingsarbejde som muligt ud i nærheden af patienterne. Det kan foregå i behandlerhuse, hvor forskellige slags sundhedsarbejdere arbejder sammen – også alternative behandlere. Det vil nok være en fordel for alle, om de lærer lidt af hinanden, og ikke hver især tror, de har eneret på de vises sten.

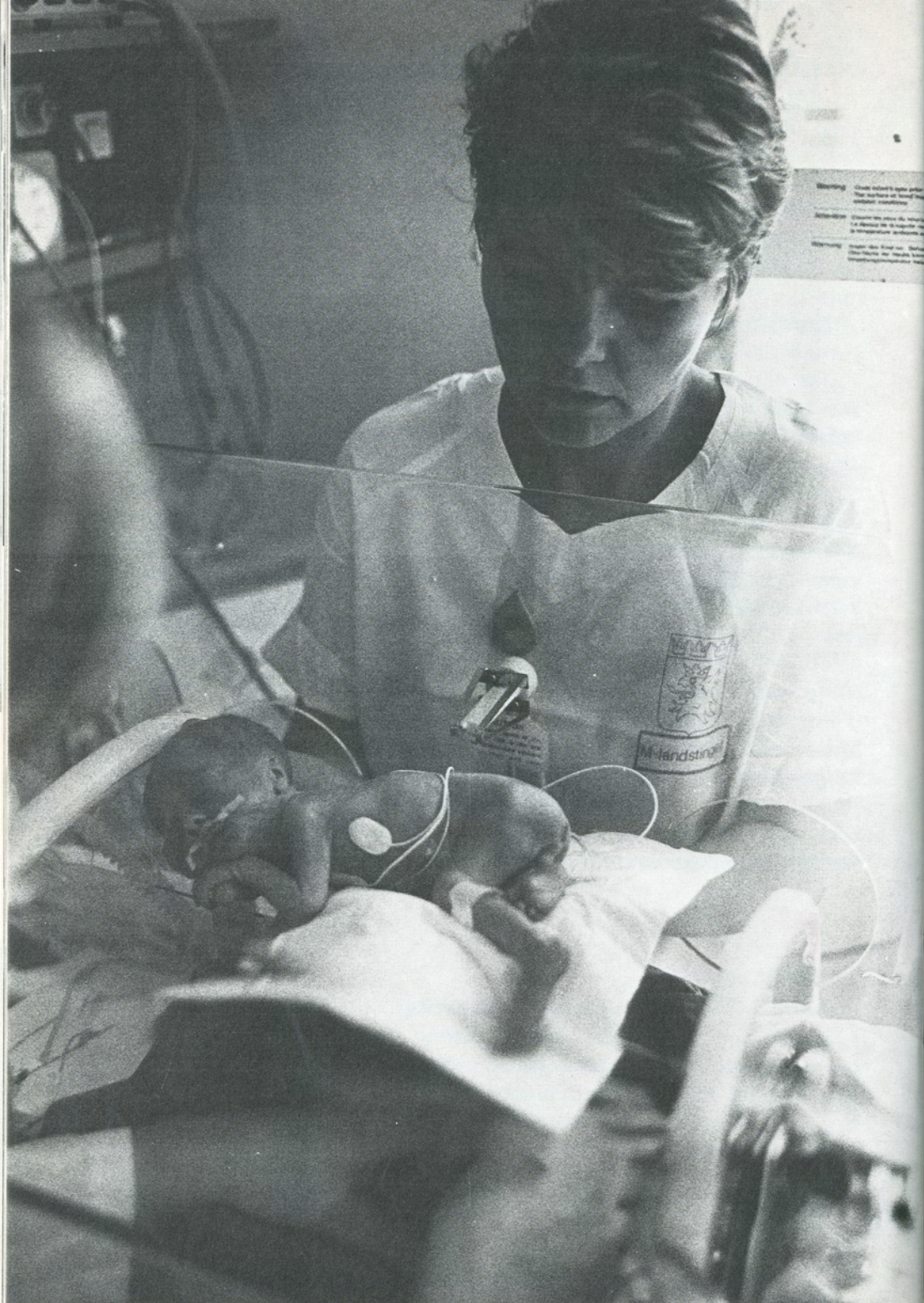
Men der vil fortsat være brug for et teknisk avanceret sundhedsvæsen. Det behøver ikke være mammut-sygehuse af den slags, vi kender i dag – meget af det, der foregår på mastodonterne, kan lægges ud til behandlerhusene. Men der vil være brug for nogle centrale enheder med de dyreste af maskinerne og med læger med værdifulde specialkunderskaber.

Der skal ikke være så mange specialafdelinger, som der er i dag. Patienterne skal ikke sendes rundt mellem så mange afdelinger. Læger med forskellige specialer skal arbejde sammen inden for en enkelt afdelings rammer, sådan at lægen kommer til patienten og ikke omvendt. Det vil også gøre det muligt for patienten at have samme plejepersonale gennem en hel indlæggelse.

Omsorg, pleje

Plejen lægges sådan til rette, at patienter, som har ens problemer, kan støtte og hjælpe hinanden, og sådan at plejepersonalet kan følge med i, hvordan sygdommen og behandlingen virker ind på familien. Kun de akut syge behandles på hospitalet. Resten klares hjemme i et samarbejde mellem familie, venner, andre patienter samt plejepersonale.

Plejehjem skal ikke længere være store institutioner. Pleje og omsorg – både af handicappede og af ældre – skal foregå i beskyttede



boliger. Patienter skal hverken afgive pension eller selvbestemmelse, bare fordi de har brug for omsorg og pleje. Det er helt op til patienten, om han eller hun vil blive i hjemmet – om plejepersonalet skal rykke ud, eller om han eller hun skal opsøge dem.

Det bærende element i kontakten mellem plejepersonalet og patienten er ønsket om at give patienten mulighed for at klare så meget som muligt selv. Ny teknik bruges til at give handicappede og svagelige mulighed for at udføre deres daglige fornødenheder – f.eks. med elektriske kørestole og computere med højt udviklede kommunikations-programmer.

En historie fra hverdagen

Det er morgen. I køkkenet støjer ungerne. Flemming strækker sig i sengen. Han skal først møde på sit arbejde klokken 11. Børnene har været nede og se til hønsene i den fælles grønne baggård og er nu ved at lave morgenmad sammen med Inger, som skal møde klokken 9.

Efter morgenmaden kysser han »pigerne« farvel. De cykler sammen et stykke af vejen, før de skilles: Mette skal i skole og Inger på arbejde.

Flemming har meldt sig til at være vicevært denne måned. Efter at have vasket op sammen med Søren på 6, går han ned i gården, hvor Jens småfrysende sidder og forsøger at nyde efterårssolen.

»Hvad fanden – sidder du nu og dovner igen?« spørger han med et grin.

»Shhh. Jeg tænker!«

Flemming og Søren hjælpes ad med at feje gården og fortovet. Sammen trækker de affalds-containererne ned til Åboulevarden, som er en transportvej, og køber ind på vejen tilbage.

Hans egentlige arbejde er som skraldemand. 5 timer hver dag. Han cykler ud til Vestforbrændingen ad Nørrebrogade. Efter den bilfri zone må han køre et par kilometer på en gammeldags cykelsti, før han igen slipper for lastbiler og busser.

Kollegerne sidder og venter på ham:

»Vi skal have aftalt arbejdsplan for næste uge.«

»Jeg vil stadig væk helst møde klokken 11, men det er ikke så vigtigt. Bare I ikke regner med mig onsdag.«

Om onsdagen er Flemming i beboerhuset, hvor han instruerer i judo. Nogle af de gamle kalder det socialt arbejde. Det synes han er noget pjat. Godt nok kan rødderne være stride, men for det meste er

det nu meget hyggeligt. OK, da Brian og Ibrahim kom op og slås for alvor, så blev han nødt til at få fat i politiet, men hvordan havde han ikke selv været, da han var 16?

Og hvad har det så med sundhedsvæsenet at gøre?

Det handler om sundhed. Og forebyggelse.

Kort vej til arbejdet betyder at man kan cykle. Det giver mere motion og færre hjerte-kar-sygdomme. Det giver også færre trafikdrab. Mindre biltrafik betyder færre luftvejslidelser. Den korte vej til arbejdet betyder sammen med den kortere arbejdstid mere tid til familien, mere tid til kærligheden. Det er ikke så dårligt, når man betænker, at en skilsmisse koster manden 5 år af hans liv.

Det er en god idé at lægge en masse aktiviteter i boligområderne – det giver arbejde, det giver mere mening i tilværelsen for flere, og det er en god hjælp i kampen mod alkoholisme, psykiske lidelser og selvmord.

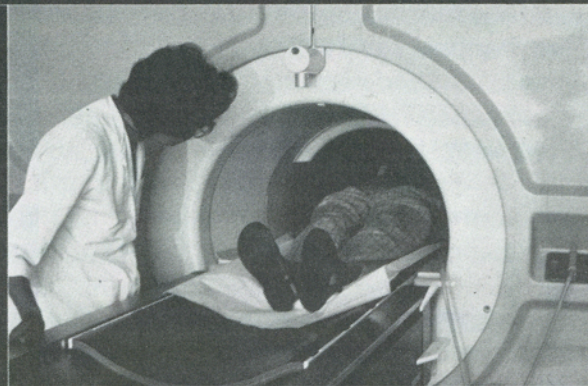
Mindre skifteholdsarbejde, mere indflydelse på arbejdets tilrettelæggelse, bedre arbejdsmiljø giver mindre stress, mindre nedslidning, færre søvnproblemer, færre dårlige rygge, færre invalidepensioner.

Litteratur

- »Anvendelse af teknologi i sundheds- og sygeplejen«, *Dansk Sygeplejeråd*, 1984.
- »Byggeklodser til et nyt sundhedsvæsen«, *Dansk Sygehus Institut*, 1984.
- »Børn og sundhedsvæsen«, *Ulla Fasting m.fl., Munksgaard*, 1986.
- »Er sygdom hvermands herre?« *Lone Scocozza, Gyldendal*, 1984.
- »Helt rask? – efter kirurgisk korrektion af et lille barns medfødte hjertefejl«, *Else Stenbak, juli 1987*.
- »Kommunikation i sundhedsvæsenet«, *Anker Brink Lund og Jytte Møller Christensen, RUC*, 1986.
- »Lægeren«, *Tage Voss, Hekla*, 1986.
- »Mennesket som maskine«, *Hans Pedersen, Modtryk*, 1986.
- »Medicinsk Sociologi«, *Institut for Social Medicin*, 1987.
- »Nye veje for den primære sundhedstjeneste?«, *Dansk Sygehus Institut*, 1983.
- »Opbrud i sundhedsvæsenet«, *D. Gannik m.fl., Munksgaard*, 1985.
- »Prioritering i Sundhedsvæsenet«, *Betænkning nr. 809*, 1977.
- »Samordning i sundhedsvæsenet«, *Betænkning nr. 1044*, 1985.
- »Sproget og EDB«, *Benedicta Pécseli, Carlsen*, 1984.
- »Sygdom er ikke hver mands herre«, *Peter Tygesen, SID/Foreningen af yngre læger*, 1986.
- »Sygdom er vi sammen om«, *Knud Jacobsen, Bavnebakke*, 1984.
- »Sygdomsbegreber i praksis«, *Uffe Juul Jensen, Munksgaard*, 1983.
- »Sygehusenes organisation og økonomi«, *Indenrigsministeriet*, 1984.
- »Teknologi«, *Dansk Kommunal Arbejder Forbund*, 1986.

JA OG NEJ TIL TEKNOLOGI I SUNDHEDSVÆSENET

TEKST · THYRA CHRISTENSEN FOTOS · AMBROOS



TEKNOLOGINÆVNET

Hvem skal bestemme i sundhedsvæsenet? Ønskes et andet sundhedsvæsen, må mennesker i almindelighed sætte sig ind i, hvordan det burde være. Formålet med debatpjecen er at sætte tankeprocesser i gang, som fører ind i overvejelser om, hvad teknologi i sundhedsvæsenet betyder for den enkelte og samfundet. På godt og ondt.

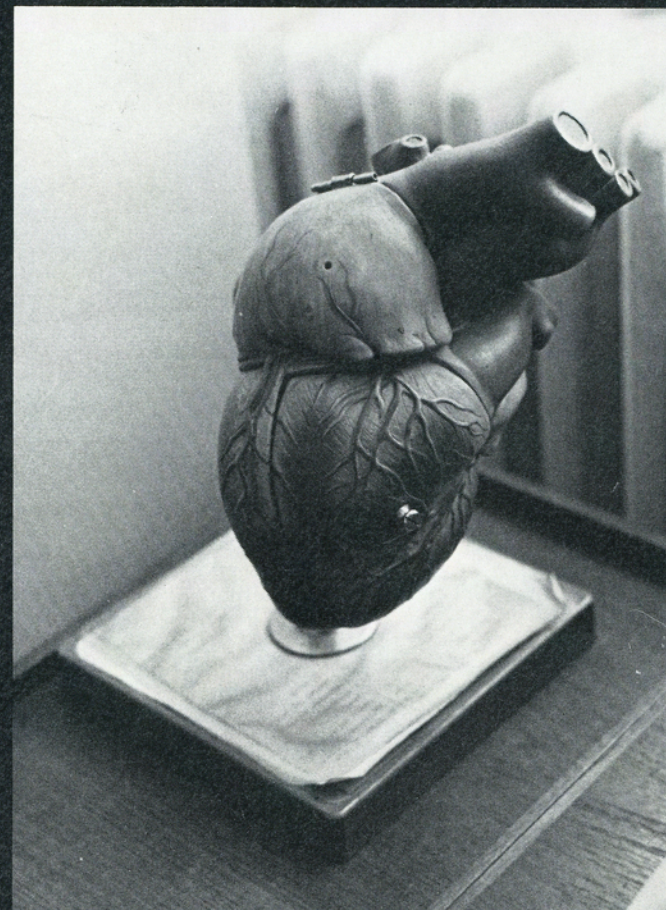
Debatpjecen »JA OG NEJ TIL TEKNOLOGI i sundhedsvæsenet« er udarbejdet af journalist Thyra Christensen på anmodning af Teknologinævnet.

Pjecen koster 20 kroner og kan bestilles hos Teknologinævnet. Hvis man bestiller mere end 2 eksemplarer, koster pjecen kun 10 kr. pr. stk. Den er på 40 sider.

TEKNOLOGINÆVNET

Løngangstræde 25, 1468 København K

Teknologinævnet blev oprettet af Folketinget i 1986 og er en uafhængig institution, som bl.a. skal iværksætte helhedsvurderinger af den teknologiske udviklings muligheder og konsekvenser samt fremme en folkelig teknologidebat.



Denne pjece er skrevet af Else Guldager, Ole Olsen og Signild Vallgård og redigeret af Erik Thygesen. Den er udgivet af Statens Filmcentral og Teknologinævnet og udleveres gratis i forbindelse med forevisning af filmen »Liv eller død. Et teknologisk valg?« Henvendelse til: Statens Filmcentral, Vestergade 27, 1456 København K, eller Jyllandskontoret, Lundingsgade 33, 8000 Århus C.

Lay out: John Ovesen. Fotos: Freddy Tornberg. Trykt hos Fr. Bagges Kgl. Hof-Bogtrykkeri, København.

Udgivet af Statens Filmcentral og Teknologinævnet, 1987.