



ULIGHED I SUNDHED

Hvad er nu dette? Er der ikke lighed i den danske sundhed eller det danske sundhedsvæsen? Næh. Det er der på ingen måde.

Når der tales om ulighed i sundhed, er det som regel de socioøkonomiske faktorer, der nævnes, hvor de dårligst uddannede og fattigste har ringest sundhed. Den ulighed er veldokumenteret og velkendt, så det er derfor andre og mere ubemærkede faktorer, jeg vil belyse i denne artikel.

Danmark er et af de rigeste lande, og et af de lande med den største økonomiske lighed i hele verden. Og i årevis har vi vænnet os til en næsegrus taknemmelighed over, at vi har "gratis praktiserende læge og gratis behandling på Landets sygehuse".

Inderst inde ved vi jo godt, at det ikke er gratis, men derimod finansieret af verdens højeste skattetryk på befolkningen. Men det fortrænger vi, og glæder os over, at vi har "gratis" sygdomsbehandling.

Så langt, så godt.

Men hvorfor er der så ikke lighed for alle?

Demografi

Det er ikke raketfysik at regne ud, at folk, der bor i tyndt befolkede områder, har længere til deres praktiserende læge og længere til det nærmeste sygehus, og det koster naturligvis nogle liv.

Pudsigt nok sker der på sundhedsområdet en tiltagende centralisering hen over hovedet på befolkningen i en tid, hvor Folketinget har besluttet at udflytte et par tusind statslige arbejdspladser.

Udflytningen er ret populær (uden for København), og minder lidt om decentraliseringen ved Frederik IV's etablering af rytterskolerne rundt i hele Landet i begyndelsen af 1700 tallet. Men i sundhedsvæsenet nedlægges de små sygehuse på stribe, allerede inden man har fået bygget de store supersygehuse, med det resultat at der mangler sengepladser, og at besættelsen af de fremtidige stillinger på kæmpesygehuse står hen i det uvisse, når disse en gang bliver færdige.

Nogle af disse små sygehuse har eksisteret i op til 250 år, og har senest været anvendt som specialsygehuse, indtil de er blevet nedlagt.

Bor man i yderområder vil der kun blive større og større afstand til det nærmeste sygehus, så Bedstemor, der ligger på sygehuset, må kigge i vejviseren efter besøg fra familien.

Afstanden til praktiserende læger bliver også stor i en tid, hvor de store årgange af læger er ved at gå på pension. Samtidigt ønsker de få unge speciallæger, der kan besætte stillingerne, helst at være flere sammen om en praksis, samtidigt med at også disse søger ind mod de større byer.

Den lille solopraksis i hver en lille by er om få år en "saga blott"

Alt i alt en udvikling, der giver landbefolkningen langt til hjælpen, når den trænges. Det er ulighed.



Økonomi

I den politiske beslutningsfase er der intet loft over de store ord og midler, regionerne vil bruge på de højt besungne supersygehuse. Der tegner sig et andet billede, når detailprojekteringen begynder, hvor man ser den ene tåbelige beskæring efter den anden. Man har sågar planlagt at opføre et sådant supersygehus uden et køkken! Man kan forestille sig, hvordan de logistiske og bakterielle udfordringer står i kø, når opvarmet færdigmat skal transporteres over store afstande. Endda mad til mennesker, der i forvejen er syge.

Når der ikke er praktiserende læger, der vil slå sig ned i solopraksis i de små byer, så står de politiske fløje klar med hver sit løsningsforslag. Det ene er store sundhedscentre (i de større byer), som ansætter flere læger, hvor man kan også kan ansætte ernæringsterapeuter, fysioterapeuter og andre. Det andet forslag er økonomisk kompensation til de læger, som tager springet. En løsning, som man har brugt i Norge i mange år. Dette økonomiske løft åbner også mulighed for ansættelse af ovennævnte fagpersoner, og her kunne den praktiserende læge endda selv bestemme, om han også vil ansætte en alternativ behandler, som han har samarbejde med.

Hele området er meget politisk betændt, og sammenrodes med mere eller mindre politiserende krav og ønsker fra fagpersoner i sundhedsområdet. Specielt er lægestanden slem til at blande sig i de politiske beslutninger, og har tradition for gode forbindelser til de politiske partier.

Når de politisk-økonomiske bølger går højt, så sidder patienterne i en lille båd og undrer sig over, at alle taler om at varetage deres tarv, men at ingen gider lytte til dem. Det fremmer en udvikling, hvor de økonomisk velstillede patienter kan søge privat specialbehandling i ind- og udland.

Det er ulighed.

Politik

For over 100 år siden blev der etableret en række private hospitaler i Danmark. De var hovedsageligt stiftet af religiøse idealister, og de fleste ansatte var stabil og billig arbejdskraft, fordi de havde et kald.

Derefter blev der ikke etableret private hospitaler indtil for ca. 35 år siden, hvor de første små privathospitaler dukkede op rundt om i Landet. Nu havde vi ellers lige lært remsen, at et sundhedsvæsen nu en gang skal være offentligt for at kunne betjene alle borgere, høj som lav o.s.v. De nye privathospitaler blev derfor mødt med en massiv modstand fra de sundhedspolitikere, der stadig tror, at planøkonomi er løsningen. Også Lægeforeningen luftede sit politiske ståsted. I Ugeskrift for Læger kunne man læse en overskrift som: "Til kamp mod de private", og store landsdels-sygehuse begyndte at tage privatpatienter ind foran ventelisten mod betaling, og begrænse deres egne lægers muligheder for at arbejde på privathospitaler i fritiden. Der blev på det tidspunkt ført en hellig, politisk krig mod privathospitalerne ved at sende danske ventelistepatienter til operation i udlandet frem for på danske privathospitaler. Var det patienternes tarv?

Det blev så vigtigt et mål at knuse de danske privathospitaler, at man endda sendte patienter til et udenlandsk privathospital, hvor de blev opereret af danske læger, som blev fløjet dertil. Målet helligede midlet. Mången en politiker har gnedet sig i



hænderne, den gang da Borup og Mermaid måtte give op imod overmagten og dreje nøglen om. Hvor var patienterne?

De offentlige sygehuse kunne jo risikofrit kaste sig ud i konkurrence med privathospitalerne om de danske og udenlandske patienter. Hvis et privathospital får underskud på en sådan konkurrence, går det konkurs og må lukke. Det offentlige sygehus kan derimod blot få dækket sit underskud hos skatteborgeren, som viljesløst må se sine skattepenge brugt til at knuse et privathospital i en ideologisk kamp.

Det var den gang kampen mod privathospitalerne var på sit højeste. I dag har politikerne vænnet sig til deres eksistens "på tålt ophold", og overskrides diverse ventetidsgarantier, betaler det offentlige for privat behandling. Dette gælder dog ikke orthomolekylære behandlinger, de være sig nok så veldokumenterede.

Sundhedsvæsenets offentlige tilhørsforhold er blevet et helligt princip, som det er blevet nærmest blasfemisk at pille ved.

Hver gang nogen har sat princippet til debat, er det blevet forsvaret med de gammelkendte fraser som netop: "Lige adgang til sygdomsbehandling".

Som om befolkningen havde det i dag ?

Ulighed i sundhedsvæsenet

Jeg har i mine 45 år som læge set mange eksempler på, at ventelisterne bliver sprunget elegant over af mediefolk, politikere, sportsstjerner og anden højadel, medens tålmodige, arbejdsomme skatteborgere bliver sat bagest i køen, hvis de har betalt skat i lidt for mange år. – Altså er blevet for gamle!

Det er en uartighed, at sundhedsvæsenet igennem mange år modtager sin andel af skatten, for derefter at nægte skatteyderen behandling, fordi han er blevet for gammel. Det offentlige sundhedssystem gør sig her skyldig i diskrimination på ikke blot stands anseelse, men også på alder, og er således på ingen måde en garanti for "lige adgang til sygdomsbehandling for alle".

Denne ret er en fundamental menneskeret, som aldrig bør fraviges.

Men det bliver den.

Her er et par eksempler:

Diabetikere har stor overforekomst af åreforkalkning, hvilket ofte rammer benene. Dette kompromitterer blodforsyningen og kan ende med så svære smerter, at benet må amputeres.

En sådan amputation, efterfølgende genoptræning, protesearbejde o.s.v. koster en formue, men er ganske gratis for den syge.

Men hvis patienten vil bevare sit ben og komme til at gå igen, så må han selv betale. Og ikke blot det. De får ikke en krone i tilskud til den EDTA-behandling, som efterfølgende bevisligt har reddet deres ben. Også selv om udgiften til at redde benet kun koster 5% af udgifterne ved at amputere. – Intet tilskud selv om behandlingen er veldokumenteret.

Og her er ikke en gang nævnt det kolossale tab af livskvalitet, en amputation betyder.

Ud over den tåbelige politisk-økonomiske prioritering, er det også en ulighed, der vil noget.

Ulighed på kræftområdet

I klinikken hos orthomolekylære læger har vi set mange patienter, som har fået at vide,



at de havde få måneder tilbage af livet og var bevilget terminaltilskud, fordi "fortsat behandling er udsigtsløs", som det skal hedde før en bevilling.

Vi har så påbegyndt palliativ Redox-behandling, og har set sådanne patienter få et betydeligt løft i livskvalitet samt leve både 5, 7 og 10 år efter.

Hvis man i det offentlige sygehusvæsen havde en kemoterapi, som kunne præstere den samme overlevelse, ville den blive herostratisk berømt og brugt, -også selv om den havde svære bivirkninger og kostede millioner. Men en sådan eksisterer ikke.

- Det gør Redox-behandling derimod.

Redox-behandling eksisterer, koster ikke millioner, og har ingen bivirkninger. Men den kan patienterne ikke få dækket, fordi den foregår i private klinikker. Heller ikke selv om den bevisligt har haft en effekt, som f.eks. når en kommune fem år efter at en patient skulle være død, vil sende denne i arbejdsprøvning, fordi det går så godt. Det er sjældent, at patienter med terminaltilskud kommer i arbejdsprøvning.

Men trods dette får patienten ikke dækket sin Redox-behandling.

Det er også en ulighed, der vil noget.

Den værste ulighed i tilfældene med amputation og kræft er måske, at patienterne aktivt forholder sig til informationen om, at der findes dokumenterede metoder til behandling af den sygdom, de har pådraget sig.

På samme måde får ganske mange patienter med kroniske lidelser stor hjælp af orthomolekylær ernæringsrådgivning, tandlægebehandling og andre behandlinger, som trods evidensbaseret videnskabelighed ikke er tilstrækkeligt "stueren" i det offentlige system, og derfor til stor udgift for patienterne.

Lighed i sundhedsvæsenet

Det er nok ikke muligt at ændre de demografiske vilkår for befolkningen i de tyndt befolkede områder, men lidt mere ansvarlighed hos de bevilgende politikere ville være klædelig.

Hvis de danske politikere vil behandle befolkningen anstændigt og ligeværdigt, så kunne de f.eks. lade et sygesikringstilskud følge patienten, og så tillade den syge selv at bestemme, hvor tilskuddet skal bruges.

Men det kræver, at politikerne har tillid til danskernes dømmekraft mere end hvert fjerde år.

De bør huske, at patienter er lige så kloge som mennesker. De kan på udmærket vis selv finde hen, hvor de bedst får tilgodeset deres individuelle ønsker, det være sig på tid, service, behandlingseffekt eller kvalitet.

Hvis politikerne ikke har tillid til befolkningens dømmekraft, når det gælder den enkeltes egen tarv, er det uforståeligt, at de har tillid til befolkningens dømmekraft, når der er valg.

Den enkeltes frie valg er den bedste garanti for lighed i sundhed.

Claus Hancke