

Udviklingen af et sundhedsvæsen - illustreret ved Vejle Amt

Kjeld Møller Pedersen

Institute of Public Health – Health Economics, University of Southern Denmark

E mail: kmp@sam.sdu.dk

Health Economics Papers
2009:1



FORORD

Amterne blev nedlagt med strukturreformen 1. januar 2007. Hermed sluttede en 200-årig amts-epoke, som forvalter af sundhedsopgaven. Kong Christian d. 7. havde i Resolution om Opførelse af Amtssygehuse af 6. juni 1806 fastlagt, at der skulle opføres ét, to eller tre sygehuse i datidens amter, men højst ialt 24 sygehuse.

Amternes rolle på sundhedsområdet ophørte ikke fordi sundhedsopgaven var blevet varetaget dårligt. Det Rådgivende Udvalg for Sundhedsvæsenet noterede således i januar 2004 lakonisk og med en vis jysk underdrivelse, at 'amterne har under rammebetingelserne gjort det rimeligt godt'. Det samme udvalg foreslog dog samtidig, at antallet af amter burde reduceres på grund af den sundhedsfaglige udvikling, men med uændret opgaveportefølje, politisk styreform og finansiering. Alligevel indgik regeringen og Dansk Folkeparti i juni 2004 forlig om at nedlægge amterne og i stedet oprette fem regioner. Regionernes altdominerende opgave blev sundhedsområdet, men med statslig finansiering og en indskrænket politisk styreform (ingen stående udvalg, ikke en regionsborgmester, be-grænset honorering af de folkevalgte, ingen kommunalfuldmagt osv.), dog med et folkevalgt regionsråd.

Baggrunden for denne dramatiske ændring var primært politisk. To af de tre forligspartier havde haft nedlæggelse af amterne på det politiske program i 15-20 år, og pludseligt var der politisk mulighed for at gøre det til virkelighed. At der dog blev plads til et folkevalgt regionalt niveau skal utvivlsomt tilskrives, at der skulle findes et kompromis med det tredje af forligspartierne.

Inden amternes rolle på sundhedsområdet går i glemmebogen, er det vigtigt at få nedfældet noget om deres varetagelse af opgaven. I dette bidrag sker det med afsæt i et konkret amt, men med en samtidig indplacering i en national udvikling, således at det hæver sig over et (for) navlebeskuende amtsniveau, ligesom der historisk trækkes linjer til før kommunalreformen i 1970. På denne måde kan det ses som et bidrag til den sundhedspolitiske historieskrivning i Danmark – et stærkt forsømt område.

Der bliver i løbet af 2009 udgivet en bog om Vejle Amt, hvor alle amtets opgaver 'historie-skrives'. Nærværende bidrag indgår i bogen, men for at gøre det tilgængeligt for en bredere kreds og modvirke den historieløshed, der præger megen sundhedspolitik, gøres det hermed tilgængeligt for en bredere kreds. Fortiden er i 'historie', men der kan alligevel læres noget ved at studere den, især den nære fortid.

*Kolding
Januar 2009*

HOVEDPUNKTER.....	4
INDLEDNING	6
BAGGRUND	7
Sygehusvæsenet var hovedbegrundelsen for amtsstørrelsen i 1970	7
HVAD OVERTOG VEJLE AMT I PERIODEN 1970-1980?.....	9
Sygehuse	10
Forberedelserne til et amtsligt sygehusvæsen.....	13
Fra sygekasser til sygesikring	15
Jordemodervæsenet.....	18
HVORDAN GIK DET?	19
Sygehus- og sundhedsplanlægning.....	19
Interim sygehusplanen fra 1972.....	21
Sygehusplanlægningen i kontekst.....	23
Anden, tredje og fjerde sygehusplan (1977, 1981 og 1985).....	26
- sygehusapoteker	26
- funktionel samordning	27
-specialisering.....	29
Psykiatriplanlægning	32
Praksisplanlægning	36
FRA SYGEHUSUDVALG TIL SUNDHEDSUDVALG.....	38
Organisatorisk nyskabelse 1987	38
Sundhedsplanlægning a la modum Vejle Amt 1988-1991	40
- ide-og debatfasen	40
- arbejdsfasen.....	42
- hvad kom der ud af anstrengelserne med sundhedsplanlægningen?.....	42
Forebyggelse.....	45
- Forebyggelsesudvalget 1983.....	45
- Nogle af Forebyggelsesudvalgets projekter	46
- ”Vejle Amt – et hjerteamt”	48
- Forebyggelse i amtets første sundhedsplan.....	49
- Forebyggelsesstrategi som udløber af sundhedsplanen 1998-2001	50
- Forebyggelse af selvmord	50
- Screening.....	51
Sundhedsplanerne 1998-2001 og 2002-2005.....	51
Vejle amt som funktionsbærende enhed (1999) – og frem til regionsdannelsen	52
Generalplan for Kolding og Fredericia Sygehuse, 2001	54
’GODE HISTORER’	54
Intern licitation og kampen mod ventelisterne.....	55
Tvillingesygehuse	56
Friklinikken i Brædstrup.....	57
IVF-klinikken på Brædstrup Sygehus.....	59
Livsstilscentret på Brædstrup Sygehus	59
Laboratoriecenter	60
Elektroniske patientjournaler, EPJ, talegengivelse og IT-udviklingsprojekter.....	61
AFSLUTTENDE OBSERVATIONER.....	63
LITTERATUR	66

HOVEDPUNKTER

Hovedpunkterne følger ikke kronologien i kapitlet, men går på tværs. Sundhedsvæsenet i Vejle Amt var innovativt og anviste på en række områder nye veje. Det var et sundhedsvæsen præget af høj patienttilfredshed, god produktivitet, nye organisationsformer og vedvarende forbedringer af den fagprofessionelle kvalitet af behandlingen. Vejle Amt afleverede et godt og velfungerende sundhedsvæsen til Region Midtjylland (området nord for Vejle) og Region Syddanmark.

Der er mange gode eksempler på nyskabelser fra blot de sidste 20-25 år:

- Tidlig og afbalanceret indførelse af distriktspsykiatri, bl.a. den såkaldte 'Vejle-model'.
- Den første dialyseenhed uden for universitetssygehusene. En dramatisk historie med en stærk og kontroversielt person i centrum
- Sammenlægning af sygehusvæsenet og praksissektoren (sygesikringen) under ét politisk udvalg og én forvaltning i 1987. Mange amter fulgte eksemplet.
- Sundhedsplanlægning for hele sundhedsvæsenet, ikke bare sygehusvæsenet, med inddragelse af befolkningens synspunkter, de vigtigste interessenter og personalet.
- Satsning på forebyggelse og forsøg. Ideer blev landsdækkende, fx den årlige fyrværkerikampagne. Andre projekter illustrerer bredden i indsatsen: 'Frem sundheden – red familien', forebyggelse af selvmord eller et stort anlagt projekt som 'Vejle Amt - et hjerteamt'. 1991-sundhedsplanen havde et mål om, at alle sygehusafdelinger skulle beskæftige sig med forebyggelse langt før der på landsplan blev dannet netværket af forebyggende sygehuse.
- Indførelse af sammedagskirurgi startende i 1990 med grå stær med brug af moderne faciliteter som 'flyverstole'. Det har givet Vejle Amt en førende position.
- Tidlig indsats for at nedbringe ventelister: Intern licitation og synliggørelse af forskelle i ventetider mellem sygehusene (VenteNyt)
- Medicinværksteder for praktiserende læger med fokus på (mere) rationel medicinering. Næsten 85% af amtets praktiserende læger deltog.
- Tvillingsygehuse: Vejle-Give og Horsens-Brædstrup med niche-funktioner på de små sygehuse. Det forlængede de små sygehuses levetid, men reddede dem ikke definitivt.
- Friklinikken på Brædstrup Sygehus – en klinik, som viste, at offentlige sygehuse kan matche private.
- Amtets sygehuse fik uden store armsving og kostbar teknologisk satsning indført brugbare og accepterede Elektroniske PatientJournals, EPJ.
- iHospitalet i Horsens med innovativ brug af IT på operationsgangen m.m.
- Digital talegivning ved 'journalskrivning'
- 'Pakkeforløb', dvs. booking af samlede og koordinerede patientforløb på sygehusene

Det er svært at give enkle og altfavnende forklaringer på denne udvikling. Historikere betoner betydningen af 'initialbetingelser' og 'initial-beslutninger'. Det gælder også for Vejle Amt.

Stærk politisk lederskab under den første sygehusudvalgsformand og senere amtsborgmester Erling Tiedemann er utvivlsomt en afgørende faktor. Hans 'kulturskabende' fingeraftryk finder man mange steder i de afgørende første 10 år og frem til hans afgang fra amtspolitik i 1993. Tidlige, men centrale beslutninger vedrørende faglig rådgivning, noget så kedeligt som 'regulativer', fastholdelse af betydningen af et sammenhængende amtligt sygehusvæsen uden lokale hertugdømmer, udpegning af et hovedsygehus som samlingspunkt for amtsspecialer m.m. overses ofte som forklaringer, men er meget betydningsfuld for senere struktur, kultur og spilleregler, incl. en god politisk sam-

arbejdskultur på tværs af partiskel både i sygehus-og senere sundhedsudvalg og i amtsrådet. Et politisk lederskab skal på én og samme gang være visionært og jordnært – og baseret på god forståelse, indleven og respekt for faglige og fagprofessionelle forhold. Det har også kendetegnet Vejle Amt. Stærk politisk lederskab kan undertiden skygge for lederskab på andre niveauer: Forvaltningsniveauet og sygehusniveauet, men i Vejle Amt var der også frirum til initiativer på disse niveauer – og dermed den nødvendige forudsætning for at omsætte politiske visioner til handling.

En vigtig initialbetingelse er Vejle Amts geografiske udformning med fire store kystbyer med mellemstore sygehuse og en overskuelig geografisk udstrækning med to mindre 'baglands-sygehuse' – for ikke at glemme den geografiske beliggende 'midt' på Jyllands østkyst placeret mellem universitetssygehuse i Odense og Århus. Det har gjort en række ting lettere end i andre amter.

I kapitlet trækkes også 'lange' historiske linjer vedrørende udviklingen af syge- og sundhedsvæsenet i Vejle Amt. For perioden 1970-2006 forsøges udviklingen i amtet indplaceret i den nationale sundhedspolitiske udvikling. I sagens natur kan udviklingen i et amt ikke forstås adskilt fra den nationale udvikling, selv i et stærkt decentraliseret sundhedsvæsen som det danske. Anskuet på denne måde er historien om Vejle Amts sundhedsvæsen en 'case-illustration' af decentral sundhedspolitisk udvikling, som iøvrigt også satte nationale fingeraftryk. Som et særskilt tema kan man følge planlægningstænkningens opstigen, zenit, fald og transformation. Det har ikke været et særskilt formål, men da udviklingen i Vejle Amt i betydelig grad er blevet beskrevet ud fra plandokumenter er det en sidegevinst.

INDLEDNING

Sundhedsvæsenet var amternes væsentligste aktivitet og er de nye regioners altdominerende eksistensberettigelse. Derfor har det betydelig interesse at studere, hvordan et amt forvaltede sundhedsopgaven, ikke blot som historieskrivning men også for at lære med blik på fremtiden. Kierkegaards ord om, at livet leves forlæns men forstås baglæns er gode at have i tankerne, både på det personlige og organisatoriske plan.

Sundhedsvæsenet i Vejle Amtskommune har på mange områder vist nye veje og på andre felter været som amter flest. Dette kapitel vil berøre begge forhold med en vis overvægt til 'de nye veje' for at understrege Vejle Amts bidrag til og betydning for dansk sundhedspolitik. Udviklingen i Vejle Amt bliver indplaceret i den landspolitiske udvikling for skabe forståelse for de rammer og betingelser, sundhedsvæsenet har udviklet sig indenfor, og for at kapitlet kan være relevant for andre end interesserede i Vejle amts særlige forhold. Der fokuseres især på Vejle Amts sundhedsvæsen i årene 1970-2006, men der er også et relativt grundigt overblik over udviklingen før 1970.

Fremstillingen vil ikke kun være 'kronologisk historieskrivning', men vil også i et vist omfang forsøge at give forklaringer på udviklingen. Det kan i sagens natur ikke være udtømmende, men det er som minimum vigtigt med en antydning. Omend forfatteren har været amtssundhedsdirektør i Vejle Amt fra 1987 til 1991, er der kun i beskeden grad tale om 'personlige erindringer', men snarere en historisk-samfundsvidenskabelig fremstilling med, i sagens natur, en personlig præget tolkning. Endelig vil der i et vist omfang blive trukket paralleller til regionsdannelsen ved 2007-reformen.

Der gøres flittig brug af fodnoter for at give mulighed for uddybning og yderligere perspektiv. De kan uden af tab af kontinuitet overspringes ved en første gennemlæsning. For at skabe overblik og kompakt præsentere information eller en case benyttes en række tekstbokse. De kan stort set læses uafhængig af den øvrige tekst.

Der tale om et fakta-spækket kapitel, fordi det har været et særskilt formål at samle væsentlige referencer om sundhedsvæsenet i Vejle Amt. Arbejdet med dette kapitel viser, at det kræver en betydelig indsats og vil være en meget stor opgave for personer uden et vist kendskab til sundhedsvæsenet i almindelighed og Vejle Amt i særdeleshed. Det anvendte materiale stammer fra forfatterens eget arkiv og bibliotek, dels fra flittig søgning på biblioteker (www.bibliotek.dk og www.sdub.dk), dels en nyttig bibliografi fra Medicinsk Museion, (12), hvor det i en omtale af en publikation om Vejle Amt i øvrigt noteres, at 'Vejle Amt har ry for at være nyskabende på sundhedsområdet og derfor kan det være interessant se hvordan politikere og fagfolk har tacklet udfordringerne'. Hertil kommer flittig brug af Google. Der har endvidere været benyttet personlige meddelelser fra tidligere medarbejdere i Vejle Amt. Af tids- og arbejdsmæssige årsager er der afstået fra egentlig arkivsøgning, dvs. i landsarkivet i Viborg eller København, om end der indledningsvis blev taget tilløb hertil.

Endelig skal det understreges, at formålet har været at behandle hele sundhedsvæsenet, dvs. ikke bare det somatiske sygehusvæsen, der er økonomisk altdominerende, men også psykiatrien, praksissektoren samt forebyggelse og sundhedsfremme. Det fylder ikke lige meget og er ikke lige detaljeret, men et sundhedsvæsen består af en balance og et samarbejde mellem disse komponenter.

BAGGRUND

Sygehusvæsenet var hovedbegrundelsen for amtsstørrelsen i 1970

Amternes økonomiske og driftsmæssige hovedopgave var sygehusvæsenet. Hensynet til sygehusvæsenet var således helt afgørende for fastlæggelsen af mindstestørrelsen af et amt ved 1970- kommunalreformen. Det centrale var spørgsmålet om et hensigtsmæssigt befolkningsgrundlag i et amt. Tænkningen var, at befolkningsunderlaget, og dermed det forventede antal patienter, skulle kunne understøtte et nogenlunde selv bærende og specialiseret sygehusvæsen i et amt. Grundideen var, at et amt skulle kunne behandle omkring 90-95% af alle forekommende sygdomstilfælde på egne sygehuse. Skulle det ske på økonomisk og (især) sundhedsfagligt forsvarligt grundlag krævede det et betydeligt befolkningsunderlag, mindst 200-250.000 indbyggere, som det fremgår nedenfor. Denne tanke fremgår tydeligt af et udspil i 1968 fra Sundhedsstyrelsen om sygehusvæsenets planlægning, (13).

Det nye i udspillet var ikke amternes ansvar for sygehuse og sygehusvæsenet. Det er et ansvar, der går tilbage til Kong Christian 7, (14)¹. To hundrede år senere blev dette princip brudt med dannelsen af fem regioner.

I figur 1 ses de skiftende geografiske afgrænsninger af Vejle Amt fra 1744 til 1970. Selv om det gjorde ondt hos mange, at Vejle Amt ved 2007-reformen blev delt, ser man af kortet, at den nordlige del af amtet egentlig blot blev 'tilbageført' til det midtjyske.

Set med sundhedsvæsenets optik var det nye ved 1970-reformen, at den skabte fokus, skabte planlægning, indførte overvejelser om et nødvendigt befolkningsunderlag for udvalgte specialer, skabte forudsætningerne for en tidssvarende udbygning af et samlet sygehusvæsen – ikke blot som hidtil en samling af mere eller mindre selvtilstrækkelige og 'egoistiske' enkeltstående sygehuse - og skabte et samlet sundhedsvæsen. På denne måde indvarslede 1970 en ny epoke i dansk sygehus- og sundhedsvæsen².

¹ Kongen bestemte i Resolution om Opførelse af Amtssygehuse af 6. juni 1806, at der skulle opføres ét eller to, i enkelte af datidens amter 3, dog højst ialt 24 sygehuse. Statsbankerot mm. gjorde dog, at der i perioden 1806-1841 ikke blev opført med end halv snes amtssygehuse. Som det fremgår senere, blev bl.a. Vejle og Kolding Sygehuse grundlagt i denne periode.

² Med lidt forenkling kan man tale om fire epoker: 1. De små, ikke specialiserede sygehuses epoke frem til ca. 1930, 2. 1930-1970: Centralsygehusenes epoke, 3. 1999-2007: De funktionsbærende enheders epoke, jfr. afsnittet om Vejle Amt som funktionsbærende enhed og 4. 2008 -: De store akutsygehuses epoke (ændringerne i kølvandet på regionsdannelsen). Se kapitel 12 i (15) for en mere detaljeret beskrivelse af de tre første epoker.



Figur 1: Geografisk afgrænsning af Vejle Amt 1744-1970, (16).

Specialiseringen var accelereret i tresserne, og Sundhedsstyrelsen begyndte derfor at se på 'specialafdelingernes optimale størrelse', (13). Indgangen til spørgsmålet var, at et specialområde som minimum burde have 2 faste speciallæger af hensyn til den nødvendige kontinuerlige drift, ligesom at den 'funktionelt (skulle) være så stor, at den kan få tilstrækkeligt kvalitativt arbejde for mindst 2 speciallæger og deres stab, dvs. så stort et materiale, at det kan sikre dem nødvendig erfaring med hensyn til specialets almindelige sygdomme', (ibid. p. 424).

Et særskilt afsnit drejede sig om de fremtidige sygehustyper og befolkningsunderlaget herfor. I 1968-oplægget blev der skelnet mellem tre sygehustyper: Grundsygehuset – også benævnt normalsygehuset med op til 300 senge og et befolkningsunderlag på 75.000. Det mere specialiserede grundsygehus – det udvidede normalsygehus ('amtets hovedsygehus') med op til 800 senge og et befolkningsunderlag på mindst 250.000 indbyggere og endeligt stærkt specialiserede sygehuse – landsdelssygehuse med et befolkningsunderlag på ca. 1 mio. indbyggere.

Uden definitivt at kunne bevise det, er der ikke tvivl om, at grundsynspunkterne vedrørende det 'nødvendige' befolkningsunderlag kom til at præge en række af anbefalingerne omkring de kommende amters befolkningsmæssige størrelse ved 1970-reformen. De skulle som minimum have 200-250.000 indbyggere.

I en publikation fra Kommunalreformkommissionens sekretariat fra 1968, (17), er der prægnante formuleringer, som ligger tæt op ad formuleringerne i Sundhedsstyrelsens oplæg. Det anføres, at det i højere grad end man tidligere har været opmærksom på er nødvendigt at anvende befolkningsunderlaget som basis for planlægningen af den enkelte afdeling for at sikre det nødvendige antal patienter

til afdelinger af passende størrelser³. Det fremhæves endvidere, at det vil blive nødvendigt at samle hovedparten af sygehusfunktionerne på større enheder, bl.a. af hensyn til vagtberedskabet og effektiv udnyttelse af tværgående hjælpeafdelinger. Det er interessant nok et argument, man genfinder i diskussionen efter 2006-reformen med 'afskaffelsen' af amterne til fordel for fem regioner og deraf følgende markante ændringer i sygehusstrukturen.

Kommunalreformkommissionens sekretariat anførte konkluderende, at det vil være af afgørende betydning for sygehusvæsenets udbygning og rationalisering, at de administrative beføjelser for sygehusene blev samlet i enheder, der svarer til det udvidede normalsygehus, der senere blev døbt 'amtets hovedsygehus', dvs. en mindsteamtsstørrelse på ca. 250.000 indbyggere. Det helt ideelle ville være, at denne funktion samles på ét sygehus i hvert område – dvs. ét hovedsygehus i hvert amt.

Kommunalreformen i 1970 endte som bekendt med, at antallet af amter blev reduceret fra 22 til 14, hvor de mindste amter fik et befolkningsunderlag på 200-250.000, fx Ribe og Ringkøbing amter. Vejle Amtskommune havde i 1970 304.000 indbyggere⁴. Det skulle vise sig at være en god størrelse: Mulighed for en vis specialisering og potentialet for hensigtsmæssig sygehusdrift, hvis sygehusstrukturen og arbejdsdelingen blev udformet hensigtsmæssig.

HVAD OVERTOG VEJLE AMT I PERIODEN 1970- 1980?

Amterne fik gradvist overdraget sundhedsopgaverne, tekstboks 1. For Vejle Amts sundhedsvæsenes vedkommen-

Opgaver til amternes sundhedsområde Tekstboks 1

- april 1970: Sygehuse
- april 1973: Sygekasserne nedlægges, Sygesikringen etableres
- april 1973: Jordemodervæsenet bliver amtligt
- 1976/1977: Psykiatrien bliver amtskommunal
Psykiatrien/statshospitalerne overdrages til amterne
- 1978: Ortopædiske funktioner fra Samfundet og Hjemmet for Vanføre overføres til amterne
- 1980: Særforsorgen overføres til amterne. Sygehusafdeling på Brejning bliver en del af Vejle Amts sygehusvæsen.
- 1980: Statens hørecentraler overdrages til amterne – dog ingen reelle konsekvenser for Vejle Amt, hvor der uafhængigt heraf oprettes en hørecentral på Vejle Sygehus ca. 1980
- 1987: H-plejehjemmene (for psykiatriske patienter) overføres fra sygehusvæsenet til det amtligt socialvæsen
- 1989: Sygepleje- og sygehjælperkolerne flyttes fra sygehusvæsenet til amternes undervisningsområde

³ På mange måder brugte man allerede sidst i 1960'erne ræsonnementer, der til forveksling minder om argumenterne omkring årtusindeskiftet vedrørende funktionsbærende enheder, (18), og i 2006/2007 i Sundhedsstyrelsens retningslinjer for akutsygehuse, (13;19). I nutidig sprogbrug taler man om 'øvelse gør mester', dvs. at en specialist skal behandle et vist antal patienter for at få den fornødne erfaring og dermed også bedre behandlingsresultater. Dette peger nødvendigvis på spørgsmålet om befolkningsgrundlaget (patienter) for et speciale. Dokumentationen for, om det forholder sig sådan, findes i litteraturen om 'volume (quality) and outcome'. Det er diskuteret detaljeret og kritisk i kapitel 12 i min bog om sundhedspolitik, (15).

⁴ Tidligere departementschef Ole Asmussen skriver i Indenrigsministeriets 150-års jubilæumsbog følgende: "Dertil kom, at ... bykommunerne ved reformen afleverede de "amtskommunale" opgaver til de nye amtskommuner, der således blev opbygget omkring den regionale opgave, som har almindelig politisk og folkelig interesse – sygehusvæsenet. Der var allerede etableret et samarbejde mellem købstæder og amtskommuner om langt flertallet af sygehusene, så man kan på en måde tale om, at der på dette punkt, kun var tale om at tilrette lovgivningen til virkeligheden. De nye amtskommuner skulle være på mindst 200.000-250.000 indbyggere for at danne et egnet grundlag for at varetage de såkaldte amtspecialer. Det drejede sig bl.a. om neurologi, pædiatri, oftalmologi, lungemedicin og psykiatri.", (20).

de sluttede det med Særforsorgens udlægning i 1980, hvor der på Brejning var en sygehusafdeling. Den gradvise overdragelse af funktioner – og dermed opbygningen af et amtligt sundhedsvæsen – var næppe tænkt som en hensigtsmæssig implementeringsstrategi, men snarere et udtryk for, at man gradvist tog stilling, og måske skelede til indhøstede erfaringer og opbyggede et på næsten alle måde decentraliseret sundhedsvæsen, hvor staten til sidst kun havde én institution, Righospitalet, der også blev kommunalt med dannelsen af Hovedstadens Sygehusfællesskab, H:S i 1994/1995. Der er ikke tvivl om, at den gradvise overdragelse var hensigtsmæssig, så man successivt kunne integrere nye funktioner i den amtslige hverdag.

Sygehuse

Før 1970 var der tre typer af sygehuse: (rene) amtssygehuse, amts-og bysygehuse og private sygehuse (normalt katolske sygehuse).

I tekstboks 2 ses sygehussituationen sidst i 60'erne i det daværende Vejle Amt og den del af Skanderborg Amt, der i 1970 tilsammen kom til at udgøre Vejle Amtskommune, (21), figur 1.

Før 1970 var det typiske, at sygehuse i land-distrikter var amtligt ejede, jfr. hvad der var tilfældet i Brædstrup, Give og Hornsyld, medens der i købstæderne typisk var tale om fællesejede by- og amtssygehuse, jfr. Kolding, Vejle eller Fredericia, medens det var sjældnere, at der var tale om rene byejede sygehuse, jfr. Horsens. I Horsens tilfælde skyldtes det, at man i

Sygehussituationen i Veje Amt i 1969/1979

Tekstboks 2

1. Kommunehospitalet i **Horsens**, ejet af Horsens Kommune. Grundlagt i 1810. I 1858 byggede man 'Sygehuset for Horsens By og de til lægedistriktet hørende herreder af Vejle og Skanderborg Amter, (1)
2. Sct. Josephs Hospital, **Horsens**, ejet af Sct. Josephs-ordenen. Ophørt 1968, grundlagt 1900, (2).
3. Amtssygehuset i **Brædstrup**, ejet af Skanderborg Amt. Grundlagt 1892/93, (3)
4. Amtssygehuset i **Hornsyld**, ejet af Vejle Amt. Grundlagt 1891, (3)
5. **Vejle** amts-og bys Sygehus, ejerforholdet amt – by aftalt ifølge overenskomst. Grundlagt 1811, (4). Om sygehuset anno 1840 hed det "Det er hensigtsmæssigt indrettet og i god stand", men med "mindre passende, at indgangen til latrinen findes i køkkenet", (5).
6. Sct. Maria Hospital, **Vejle**, ejet af Sct. Maria-ordenen. Grundlagt 1913, (6)
7. Amtssygehuset i **Give**, ejet af Vejle Amt. Grundlagt 1894, (3;7)
8. **Fredericia** by-og amtssygehus, 80% amt og 20% Fredericia Kommune. Grundlagt 1881. Det var det første rent kommunale sygehus. Som fæstningsby havde Fredericia garnisonssygehus og militærlæger, hvilket forklarer det ret sene tidspunkt for oprettelse af et amts-bysygehus, (8).
9. Sct. Josephs Hospital, **Fredericia**, ejet af Fredericia Kommune siden ca. 1946. Grundlagt 1879, (2).
10. **Kolding** by-og amtssygehus, ejerforholdet amt-by aftalt ifølge overenskomst. Grundlagt 1838 af Ribe og Vejle amter samt Kolding Byråd, (9-11)
11. Sct. Hedvig Hospital, **Kolding**, ejet af Sct. Hedvig-ordenen. Grundlagt 1921/1929, (9-11)
12. (Jysk Nervesanatorium),
13. (Hospitalet for Kirurgisk Tuberkulose, Juelsminde), Nationalforeningen til Tuberkulosens Bekæmpelse"

forbindelse med planer om sygehusbyggeri i 1880 ikke kunne nå til enighed mellem de daværende Skanderborg og Vejle amter (Skanderborg Amt ville ikke gå med til nybyggeri). For at slippe for denne blokering rettede Vejle amtsråd i 1893 henvendelse til indenrigsministeriet for at få ophævet

det daværende hospitalsfællesskab mellem de to amter og Horsens Byråd. Ministeriet gik ind for ophævelsen og forhandlingerne endte med et rent kommunalt sygehus, (1)⁵.

Tekstboks 2 vedrører alene somatiske sygehuse. Psykiatrien var statslig, og Vejle Amt hørte under statshospitalet i Middelfart. I en betænkning fra 1956⁶ var der ganske vist foreslået oprettet psykiatriske sygehuse i Kolding og Horsens, ligesom der skulle have været et psykiatrisk plejehjem i Vejle. En fornyet vurdering så sent som 1965 gav ikke anledning til at revidere dette forslag, der dog aldrig blev ført ud i

livet, dels på grund af manglende statslige investeringsmidler, dels fordi man revurderede den statslige styring, drift og finansiering af psykiatrien i forbindelse med 1970-reformen.

Billedet af et 'offentligt' ejet og drevet sygehusvæsen flimrer lidt, jfr. næst afsnit, når man ser på tekstboks 2. I tekstboksen er der summarisk angivet historiske data, der underbygger udsagnet om amternes sygehusrolle.

Med undtagelse af sygehuset i Brædstrup og Hornsyld findes der jubilæumsbøger, der som minimum beskriver sygehusenes første 100 år, (1;4;6;7;7-10;24;26;27). Disse bøger sætter dog ikke

sygehusets udvikling ind i et større perspektiv, men er snarere kronologisk 'matrikel-historie'.

Eksempel: Sygehuse i Kolding gennem tiderne Tekstboks 3

1. I *middelalderen* Sct. Jørgens Gård for spedalske. Nedlagt 1542. Sct. Jørgensgade er en reminiscens herom. Muligvis sygepleje på byens eneste kloster, et franciskanerkloster, der blev oprettet i 1200-1300-tallet.
2. Christian III stiftede 'almindeligt hospital' i 1558 (primært plejehjem for ubemidlede, ikke 'hospital' i moderne betydning). Finansiering bl.a. i form af tienede fra en række omliggende sogne. Det fungerede frem til 1975 (efter en sammenbygning i 1917 med sygehuset fra 1838).
3. Første kendte sygehus/sygestue er fra 1738. Endnu et sygehus i 1785 for syfilitiske patienter.
4. Første Amts-og Bysygehus i 1838. Iøvrigt på samme grund som 'almindeligt hospital'.
5. Moderne amts-og bysygehus i 1880, fx. røntgen i 1905. Anlæg og drift finansieret af Ribe og Vejler amter samt Kolding Kommune. En del af bygningerne bruges i dag af Syddansk Universitet. – I 1895 blev der i tilknytning til sygehuset opført et epidemi-sygehus. I 1908 blev der tilbygget et tuberkulosehospital. I takt med den sundhedsmæssige udvikling blev både epidemi-og tuberkulosehospitalet overflødiggjort.
6. I 1921 indviedes Sct. Hedvigs Klinik for øjen-og ørepatienter. Udvidet til Sct. Hedvigs Hospital i 1929. Katolske hospitaler var blevet mulige med religionsfriheden i 1849-grundloven. I 1966 overtager Vejle Amt driften og laver en plejeaftale med nonnerne. Definitivt integreret i det amtslige sygehusvæsen i 1974-75 og Sct. Hedvigs hospital nedlægges.
7. Samfundet og Hjemmet for Vanføre (humanitær organisation oprettet af pastor Hans Knudsen i 1872, drev. bl.a. ortopædiske hospitaler i København og Århus, (23)) oprettede i 1951 på anmodning et ortopædisk ambulatorium ved Kolding Sygehus og sengeafdeling på Sct. Hedvigs Hospital. Driften var finansieret af staten og midler fra Samfundet og Hjemmet for Vanføre. Blev en integreret del af Kolding Sygehus i 1975.
8. Nuværende (og eneste) sygehus indviet i 1975. Sygehuset ejes af Vejle Amt (og fra 2006/07 af Region Syddanmark). Fra 2008/2009 Trekantområdets akuthospital. Sygehuset er 100% offentligt ejet og finansieret

Kilde: (24)

⁵ Ifølge stiftsamtmand Herschends kapitel om sygehusenes udvikling i Vejle amt, (22), skyldes bygningen af Hornsyld Sygehus den manglende udbygning af Horsens Sygehus. Folkelige underskriftsindsamlinger vedrørende sygehuse er ikke noget nyt. I 1889 bad 1084 beboere i området Vejle Amtsråd om at oprette et sygehus i Hornsyld. Det førte til, at der allerede i 1890 blev vedtaget at opføre et sygehus i Hornsyld 'efter en lignende Plan som for Vejle Vesteregn vedtagne (dvs. Give Sygehus),' p. 39. Der er næppe tvivl om, at udover spørgsmålet om Horsens sygehus har geografisk lighed og balance utvivlsomt spillet ind.

⁶ Omtalt p. 40 i et foredrag reproduceret i (25)

Der var usædvanligt mange katolske sygehuse og selvejende institutioner i Vejle amt. Ikke mindre end tre nonneordner ved indgangen til 1970: Sct. Joseph-søstre, Sct. Hedvig-søstre og Sct. Maria-søstre.

Med grundloven af 1849 blev der indført religionsfrihed. Det åbnede for, at den katolske kirke og dens institutioner kunne vende tilbage. Sct. Joseph-søstre ankom til Danmark i 1850'erne, og hospitalet i Fredericia fra 1879 var det første i provinsen. Sct. Hedvig-søstre kom i 1906 og etablerede klinik i Kolding i 1921 og hospital i 1929, (24), og Sct. Maria-søstre kom i 1911, (2;6) og indviede Sct. Maria hospital i Vejle i 1913.

Det er dog en tilsnigelse at hævde, at Sct. Joseph-søstre var tilstede i Vejle amt anno 1970. Hospitalet i Horsens lukkede i 1968⁷ og i Fredericia var det kun et hospitalsnavn, idet Fredericia Kommune overtog hospitalet i 1949, (8), men bibeholdt navnet.

Det typiske for de katolske hospitaler var, at de ofte var øre-næse-hals-øjen sygehuse, bl.a. fordi man fleksibelt kunne trække på praktiserende speciallæger, der samtidig havde en interesse i at kunne bruge visse sygehusfaciliteter.

I afsnittet om sygehusplanlægning vendes der tilbage til den gradvise afvikling af disse sygehuse.

For i det mindste at give et rids af udviklingen over en længere periode og med lidt flere detaljer viser tekstboks 3 udviklingen af hospitaler⁸ og sygehuse i Kolding.

I Vejle Amt var der endvidere Jysk Nervesanatorium – der tidligere havde været tuberkulosesanatorium, (29;30). Man behandlede lettere neuroser. Som institution er det interessant at notere, hvordan man har tilpasset sig. Da Vejle Amt ophørte med at bruge institutionen i 1989, gik man i gang med at omdanne det til optræning af hjerneskadede. I dag er navnet VejleFjord, der ejes af VejleFjord Fonden. Tilsvarende kan noteres, at da Vejle Amt i 1994 ophørte med at bruge Sct. Maria Hospital, blev det omdannet til det første vstdanske hospice.

⁷ Lektor Susanne Malchau Dietz, Århus Universitet, har velvilligt oplyst følgende, bl.a. baseret på Sankt Joseph Søstrenes Arkiv i København: "Af Medicinalberetning 1960/61 fremgår det, at hospitalet havde 30 sengepladser fordelt på en øre, næse og halsafdeling med 20 senge og en øjenafdeling med 10 senge. Ifølge søstrenes egne notater var det fremdeles disse specialer hospitalet varetog de sidste år. ... Ordenen var driftsansvarlige til det sidste. Men på følgende præmisser. Den 4. januar 1961 aflagde amtslæge Wiigaard hospitalet tjenstligt visit, og han konkluderede, at hospitalet nok var tilfredsstillende hvad angår orden, renlighed og vedligeholdelse, men at selve indretningen var utidssvarende - driften irrationelt - og i lægelig henseende mindre tilfredsstillende. Han anbefalede, at hospitalets kun blev videreført et begrænset antal år. Han henstillede derfor, at bestyrelsen overvejede institutionens fremtid. Sankt Joseph Søstrenes advokat forhandlede efterfølgende med sygehusudvalget, som bad søstre om at fortsætte driften til 1968. De påtog sig opgaven selvom de fandt betalingen meget lav. De vedligeholdte fortsat bygningerne - fx fik hospitalet nyt tag 1961 (efter stormskade). I 1963 gik amt og kommune med til en taksforhøjelse til 40,01 kr. Fra 1964 var belægningen ikke særlig stor og søstre kræfter små (de fleste søstre var ældre). Den 30.9.1968 udløb kontrakten med Horsens kommune. Søstre blev boende på hospitalet indtil bygningerne var solgt."

⁸ 'hospital' kan være et forvirrende udtryk. De nuværende frem regioner har omdøbt alle deres sygehuse til at hedde hospital, fx regionshospitalet i Horsens. Historisk dækker 'hospitaler' over noget andet end i dag, snarere pleje- eller sygehjem for ubemidlede eller fattige og ikke i nutidens betydning af sygehus. Da klostergodset efter reformationen overgik til Kronen, fik staten samtidig en forpligtelse til (i et vist omfang) at drage omsorg for syge/svage og fattige. Forpligtelsen blev opfyldt ved, at en del af det gejstlige gods blev anvendt til oprettelse af stiftshospitaler, hovedhospitaler eller almindelige hospitaler, fx Vejle almindelige Hospital, Kolding almindelige Hospital, jfr. tekstboks 3. I Vejle Amt var der således tre hospitaler (i 1878/79), (28): Horsens, Vejle og Kolding. Om Vejle Hospital noterede en statistisk orienteret skribent således, at kornindtægterne var på 153.000 kroner og blev brugt til '10 damer' og '14 lemmer', der udover fri bolig også fik en årligt beløb på omkring kr. 200 per person.

Den overordnede ledelse af amts- og bysygehusene var henlagt til bestyrelser, der bestod af politikere fra amts⁹-og byråd. Byrådene og amtsrådene var kun marginalt involverede i driften, typisk i forbindelse med budgetter og investeringer¹⁰. Kjær noterer, (14), at praksis med valg af bestyrelsesmedlemmer bosiddende i sygehusenes nærhed kom til at underbygge de stærke lokale interesser, der knyttede sig til de enkelte sygehuse og var dermed medvirkende til at vanskeliggøre en samordning af sygehusene ud fra et helhedssyn på amtets sygehusbehov. De særskilte bestyrelser for de enkelte sygehuse bidrog i det hele taget til at understøtte sygehusenes karakter af selvstændige institutioner¹¹. Man kan derfor hævde, at der ikke i dagens betydning var et (somatisk) amtligt sygehusvæsen før 1970, og at én af opgaverne for de nye amter var at sikre dette. Som det fremgår senere var i Vejle amt særdeles opmærksom på ikke at 'genopfinde' bestyrelserne efter 1970.

Forberedelserne til et amtligt sygehusvæsen

I samfundsvidenskaberne findes en teori om 'stiafhængighed', der groft taget siger, at en række valg i fortiden i betydende grad bestemmer den efterfølgende udvikling, dvs. det kan være svært at ændre de initiale beslutninger, (31). På den baggrund har det interesse at se lidt på de første overvejelser omkring planlægning, organisering og administration af amterne, dvs. initialbetingelserne, som i betydelig grad kom til at præge den senere udvikling.

I 1970-71 afholdt Amtsrådsforeningen tre konferencer om udformningen af det amtligt sygehusvæsen, (25;32;33). Debatten var såvel almen (1970) som mere konkret, idet Indenrigsministeriet sidst på året 1970 havde udsendt nye retningslinjer for udbygningen af sygehusvæsenet. Senere på året blev udkastet i modificeret form til Vejledende retningslinjer for planlægningen af sygehusvæsenets fremtidige udbygning, (21), hvori væsentlige dele af Sundhedsstyrelsen oplæg fra 1968 genfindes. Hermed var der for første gang i dansk sygehusvæsen skabt såvel krav om som rammer for sygehusplanlægning, men der var meget andet end sygehusplanlægning, der skulle til for at opbygge et amtligt sygehusvæsen. Det er nogle af disse forhold, der tages op i det følgende.

I 1970-konferencen, efter at reformen havde fungeret i et halvt år, formulerede daværende sygehusudvalgsformand, senere amtsborgmester i Vejle Amt, Erling Tiedemann, en lang række synspunkter, som dels genfindes i den måde, tingene blev grebet an på i Vejle Amt, dels også påvirkede tænkningen på landsplan, (25). Det var en dybtgående og tænksom refleksion over centrale problemstillinger, hvoraf mange også er aktuelle i dag.

Han gjorde meget ud af at understrege, at de tidligere bestyrelser ikke måtte genopstå i 'kamufleret' form som fx under- eller lokaludvalg under sygehusudvalget, fordi det var en central forudsætning for at kunne opbygge ét amtligt sygehusvæsen. Tiedemann redegjorde for centrale punkter i styrelsesvedtægten for Vejle amts sygehusvæsen. Han understregede 'den store vægt lagt på, at der kun er ét sygehusudvalg i hvert amt, som har den umiddelbare forvaltning af amtets sygehuse under sig.' Han refererede endvidere til rygter om, at der i skabelonen for styrelsesvedtægt fra Indenrigsministeriet

⁹ Før 1970 var der folkevalgte amtsråd, men med en statslig formand, nemlig amtmanden, der således havde en betydende rolle for sygehusenes udvikling, ligesom staten via amtmanden havde stærk føling og en vis kontrol med sygehusene. Først med 1970-reformen blev formanden, amtsborgmesteren, også en folkevalgt politiker.

¹⁰ Se p. 138 i (14) for eksempler på bestyrelsernes opgaver.

¹¹ Der var ganske vist i hvert af de daværende amter et fælles sygehuskoordineringsudvalg, men, som Tiedemann noterede i 1970, (25) p 14, 'med deres i realiteten højest rådgivende funktion'.

skulle have været ønske om at skrive, at der ikke måtte nedsættes underudvalg – og havde utvivlsomt gerne set, at det var skrevet eksplicit¹². 'Alt andet end ét sammensvejset sygehusudvalg for hele amtet er en illusion', (25) p. 15, og 'så har vi [... i styrelsesvedtægten] nærmest for en sikkerhed skyld og for at ikke nogen skulle være i tvivl, understreget at sygehusudvalget overtager alle de funktioner, som de hidtidige sygehusbestyrelser og bestyrelser for sygeplejeskole og vaskerier har haft'. Han var naturligvis ikke blind for lokale hensyn hos de folkevalgte politikere, men plæderede for, at det ikke måtte drukne i, hvad man kalder 'sognerådspolitik':

"vi ved også udmærket godt ..., at vi er nødt til i en vis rimelig udstrækning at tænke på, hvor kommer fra, men det er også helt givet, at vi ikke kan leve op til de krav, som udvikling af et fremtidigt sygehusvæsen stiller, hvis alt dette, selv om det anerkendes som en realitet, ikke i betydelig grad underordnes, at man først og fremmest er ansvarlig for helheden."

Sådan taler en politiker, der har tænkt igennem, hvad der skal stå i et formalistisk dokument som en styrelsesvedtægt, men som også i samme åndedrag opbygger en politisk kultur¹³ og ønsker at udvikle et sammenhængende amtsligt sygehusvæsen.

Et andet et synspunkt vedrørte en debat og misforståelses i kølvandet på ministeriets retningslinjer, (21) om, at der i hvert amt kun skulle være et 'mammutsygehus', jfr. den tidligere omtale af det udvidede normalsygehus med op til 800 senge og et befolkningsunderlag på mindst 250.000 indbyggere. Der indgik såvel en stillingtagen til 'et amt – et sygehus(væsen)' som funktionelt samarbejde mellem amtets sygehus (med min understregning):

'Jeg vil derfor tillade mig at sige, at jeg tror, at det er meget vigtigere for fremtiden, end at blive ved at spekulere i den tankebane om geografisk koncentration, at tænke på opbygningen af et funktionelt hele, et samarbejdende hele, hvor der i en grad, man ikke før har kendt, er samarbejde mellem specialer og afdelinger, og hvor man opgiver mange af fortiden bestemte opfattelser ... Alt det der må i en grad, vi ikke har kendt før, og som ingen af os i dag vel helt kan skitsere klart, komme til at udgøre et funktionelt hele. Det betyder, at vi i princippet må betragte de enkelte sygehuse som geografisk adskilte afdelinger af helheden', (25), p. 10-11).

Ideen om det funktionelle samarbejde skulle dels ses som modtræk til tanken om ét stort sygehus, dels som en forankring af grundtænkningen bag et amtsligt sygehusvæsen.

Et tredje visionært synspunkt drejede sig om detaljeringsniveauet for sygehusudvalgets involvering i sygehusene dagligdag. Afsættet var, at det ikke skulle være som i sygehusbestyrelsernes tid:

"...man må se i én ting i øjnene, nemlig at vi i de gamle sygehusbestyrelser ofte beskæftigede os med ting, som man ikke har brug for at have folkevalgte til at sidde og kigge på. ... Konklusionen må ... blive en klar erkendelse af udvalgets placering i den

¹² I sygehusloven af 1969 blev det i § 2 bestemt, at den umiddelbare forvaltning af et amts sygehusvæsen, herunder bestyrelse af dets sygehuse, skulle varetages af et af amtsrådet nedsat udvalg (sygehusudvalget), hvilket indebar at de hidtidige bestyrelser skulle forsvinde. Kjær skriver, (14) p. 146, at under sygehuslovens tilblivelse var der indvendinger mod denne bestemmelse, idet man ønskede at bevare de lokale sygehusbestyrelser. Tiedemann kæmpede således ikke mod vindmøller. "Amterne måtte naturligvis rette sig efter loven, men i enkelte amter oprettede man særlige kontaktudvalg ... for sygehusene for i nogen grad at bøde på savnet af egentlige sygehusbestyrelser". Uden at drage for vidtgående konklusioner kan man i dag konstatere, at i flere af de amter, der lavede denne konstruktion, har der været problemer med at tilpasse sygehusstrukturen frem til i dag. Et eksempel er Ringkøbing Amt.

¹³ Tiedemanns kultur-skabende fingeraftryk kunne genkendes indtil Vejle amt lukkede og slukkede ved udgangen af 2006. Politisk og organisatorisk kultur kan ikke undervurderes. I nævnte foredrag talte han om en 'lille bitte detalje ... at lave et fælles personaleblad for amtets sygehusvæsen. Små ting ... men som alt sammen har den samme målsætning: Ombygningen fra sygehusenheder til et fælles hele, som også af personalet opfattes som et fælles hele", p. 18 (25). "PULS" blev resultatet og fungerede til det sidste i Vejle Amt.

overordnede ledelse, i engrosafdelingen; selvfølgelig uden at slippe føling med detailhandlen, men uden direkte at beskæftige sig med den”, p. 19.

Frem til ophøret af amtstiden var der vedvarende behov for at diskutere, hvor grænsen gik mellem det politiske og det udførende niveau. En debat som ofte har været ført under betegnelsen 'armslængde-princippet', (34).

I forlængelse heraf diskuterede han udvalgsformandens rolle (stærk og tilstedeværende) og spørgsmålet om sagkyndig rådgivning af sygehusudvalget. Tiedemann var ikke i tvivl om, at man havde behov for det, men også meget bevidst om, hvordan det skulle foregå. Da styrelsesloven blev lavet, var der ønsker fra lægeside om direkte medlemskab af sygehusudvalget. Dette var i sagens natur en absurditet i forhold til et i øvrigt folkevalgt råd. Han vendte sig også mod, at lægerne skulle være repræsenteret i udvalget, men havde forståelse for behovet for sagkyndig rådgivning. Spørgsmålet blev da, hvem der skulle rådgive på det lægelige og sygeplejemæssige område. ”Jeg tror, at man skal køre efter det princip: Lad dem selv finde ud af det!” ... een eller to måske, helst kun een ... så snakker vedkommende lidt mere ud ad posen, end hvis der er to,” p. 28.

På den baggrund blev grundstenen lagt til, at man havde rådgivere med ved udvalgets møder – en tradition mange amter har misundt Vejle Amt, fordi man ad den vej skabte et tillidsforhold præget af åbenhed og dialog. Mere generelt hed det afslutningsvis i Tiedemanns næsten 30 sider lange indlæg:

”Jeg tror såmænd roligt, vi kan sige, selv om det kan lyde sådan lidt moralsk til slut, at den kommunikation man har, er afhængig af, at man taler ordentlig til hinanden, og at man har en dialog i steder for et skænderi.”

Sundhedsvæsenet i Vejle Amt har i alle årene været præget af dialog, ikke konfrontation mellem politikere, embedsmænd og sundhedsprofessionelle.

Og en allersidste fin pointe fra regulativet. Sygehusets administrator er den, der fremsender ansøgninger, indstillinger og andre henvendelser til sygehusudvalget. Det var nogle overlæger meget kede af. De ønskede mulighed for direkte og uden om administratoren at kunne sende indstillinger og sager til sygehusudvalget. ”[men] for at sikre stillingen for 'vor mand i Havanna', har vi holdt voldsomt fast på det her”. Det er åbenbart, at et sådan princip er utrolig vigtigt for at sikre klarhed over kommandoveje og for ikke at underminere autoritet¹⁴.

Fra sygekasser til sygesikring

Som en del af socialreformen afskaffede man per 1. april 1973 sygekasserne. De blev integreret i de nye amter som 'sygesikringen', som var betegnelsen for den administrative enhed, der sikrede afregning med de liberale erhverv, fx praktiserende læger og praktiserende tandlæger. Sygesikringen varetog ligeledes den rudimentære planlægning på området: 'Praksisplanlægning', som omtales senere. Politisk blev sygesikringen underlagt amtets social- og sundhedsudvalg, således at sundhedsområdet blev delt mellem to politiske udvalg: Sygehusudvalget og social- og sundheds-

¹⁴ Jeg oplevede selv i min tid som amtssundhedsdirektør Tiedemanns måde at håndtere dette på. En dag blev jeg bedt om at deltage i et møde, som en overlæge havde aftalt med amtsborgmesteren – tydeligvis for at fremme en bestemt sag. Uden at orientere overlægen bad han mig deltage i mødet – og havde blot en bemærkning ved mødets start om, at han fandt det hensigtsmæssigt, at sundhedsdirektøren naturligvis deltog! ... Sådan sendes der signaler om ikke at forsøge at gå (for meget) uden om de kendte kommandoveje – og også et signal til den ledende embedsmand.

udvalget¹⁵. Vejle Amt afskaffede som det første amt denne deling i 1987 og dannede et sundhedsudvalg, jfr. senere. Få år senere havde 8 amter fulgt trop¹⁶.

Sygekasserne opstod gradvist i kølvandet på, at (håndværker)laugene i byerne endeligt blev ophævet i 1862. Laugene havde, udover at beskytte erhvervet, ydet støtte til medlemmerne ved sygdom og død. Mange af laugene blev til sygekasser, ligesom der i landdistrikterne opstod sygekasser, som i sagens natur ikke havde rod i laugene, (36), men i en fattig landbefolkning.

Sygekasserne var i deres grundform en slags solidarisk sygeforsikring, der udover (helt eller delvist) at betale for behandling også ydede sygedagpenge (og senere en række andre ydelser, dog ret tidligt begrævelsesshjælp, som en rest fra laugstiden).

Distriktslæger – sygehuslæger – praktiserende læger

Tekstboks 4

Ved slutningen af 1700-tallet blev der på statens foranledning, og med statslig finansiering fra 1832, oprettet distriktslægeembeder rundt om i Danmark. Det var meningen, at der i ethvert amt skulle være en uddannet læge (kirurg). De var indledningsvis lokaliseret i de større byer – og var ofte involveret som læger ved de spirende sygehuse, ofte som den eneste læge. Distriktslægerne skulle bl.a. tage sig af den offentlige hygiejne, drikkevand, levnedsmiddelkontrol, behandle smitsomt syge, vaccinere mod kopper, udføre ligsyn, føre tilsyn med jordemødre og apotekere m.v. Desuden skulle de behandle de fattige syge gratis. Distriktslægerne havde ofte privat praksis ved siden af deres offentlige forpligtigelser. Her blev den bedre stillede del af befolkningen behandlet. Fra 1750 til 1910 blev der oprettet i alt 99 distriktslægestillinger, (37).

Det var ofte lokale sogneinitiativer, der gjorde sig gældende ved nedsættelse af distriktslæger. Sogneforstanderskabet i Give søgte således i 1852 amtet om oprettelse af et lægedistrikt (og et apotek). Det lykkedes efter 17 år, hvor den første distriktslæge nedsatte sig i Riis, (7). Den tredje distriktslæge i Giveområdet, Kristian Bagger, var initiativrig. Udover opgaverne som distriktslæge var han drivkraften i sygekasseoprettelserne, og gennem mange år arbejdede han som den eneste læge på Give Sygehus, som blev åbnet i 1894, ligesom han også havde en privatpraksis. Dette er nok betegnende for situationen omkring århundredeskiftet, da det moderne sundhedsvæsen gradvist tog form. Han var medlem af det udvalg, der i 1888 blev nedsat til at se på spørgsmålet om sygehusoprettelse i Vejle Vestegn - det der senere blev til Give Sygehus. I landdistrikterne kom der gradvist praktiserende læger, men ofte i 'blandede' stillinger. I Give var Søren Halbo således sygehuslæge fra 1916-1940, overlæge fra 1920, men han havde samtidig en stor privatpraksis ved siden af. Sidst i 30'erne blev han dog stillet overfor valget mellem at være praktiserende læge eller overlæge på sygehuset. Han valgte da at beholde sin praksis, som han havde til 1948, hvorefter Thorkild Theilmann overtog hans praksis (og fortsatte til 1981), (7). I 1925 nedsatte Aage Gullestrup sig som den første 'rent' praktiserende læge, (38).

¹⁵ Dette var ikke noget, amterne selv kunne bestemme. Det var nedfældet i styrelsesloven, og først omkring 1985 blev bestemmelsen ophævet.

¹⁶ Allerede i 1976 anførtes det som et problem, at sundhedsområdet var todelt: "På det organisatoriske plan har den faktiske fordeling af sundhedsopgaverne på to faste udvalg under amtsrådet og to sektorforvaltninger medført visse vanskeligheder med hensyn til at sundhedsområdet sammenføjet til en enhed. Problemerne er tilsyneladende mest udtalte i de største amtskommuner", (35), p. 15. - Det er lidt ironisk at notere, at det netop var de store amter (Kbh., Århus og Fyn) som ikke fik dannet sundhedsudvalg efter 1987.

I Vejle amt blev den første sygekasse, Håndværkersvendenes Sygekasse i Fredericia oprettet i 1846, (39). To sygekasser blev stiftet af praktiserende læger, nemlig Jelling sogns Sygekasse fra 1860'erne¹⁷ og Uldum sogns Sygekasse fra 1872, (39). Med sygekasseloven af 1892 begyndte sygekasserne at modtage statstilskud og fik dermed også en formel placering i det begyndende sundhedsvæsen. De var på mange måder med til at skabe det økonomisk grundlag for praktiserende læger, jfr. de samme lægers interesse for (og undertiden modstand mod) sygekasser, fx var de praktiserende læger aktive i oprettelse af sygekasser, dels ud fra altruistiske motiver (hjælpe fattige og ubemidlede), dels ud fra (økonomiske) egeninteresser.

Sygekasserne førte (hårde) forhandlinger med de praktiserende læger om takster m.m. og sluttede sig bl.a. i den forbindelse sammen i centralforeninger – og naturligt sluttede de praktiserende læger sig også sammen. På den måde fremkom der modstående 'forhandlingsmonopoler'. I Vejle amt blev centralforeningen stiftet i 1894 og ved jubilæet i 1944 var der ikke mindre end 71 sygekasser i amtet, (40)¹⁸. Ved 1970-reformen var normalt kun én sygekasse per kommune.

I modsætning til sygehusene findes der ikke meget historisk materiale om de praktiserende læger og deres funktion forud for 1970-reformen, hverken på landsplan eller i Vejle amt, (37-39;41). På mange måder er udviklingen i almen praksis koblet sammen med udviklingen i sygekasserne, fordi de gradvist fra 1892 til 1960 blev hovedfinansieringskilden for de alment praktiserende læger, se dog tekstboks 4.

Spørgsmålet om sygekasserne blev behandlet i Socialreform-kommissionens 1. betænkning fra 1969 om Det sociale trykkesystem, (42), p. 191-220. Ét af hovedsynspunkterne var, at det var et problem, at der var tale om en blandet forsikringsmæssig og social ordning, hvor sygekasserne udgjorde en særskilt organisation inden for social trykkes. Hertil kom, at sygekassernes ydelser kun stod til rådighed for de nydende medlemmer, ligesom finansieringen med et ensartet bidrag per medlem ikke gav en rimelig fordeling af de økonomiske byrder. Endvidere var det også opfattelsen, at ordningen havde mistet sin folkelige forankring¹⁹.

Man ønskede en énstregen struktur og valgte, jfr. loven Om styrelse af sociale og visse sundhedsmæssige Anliggender fra 1970, at placere en del af de sygekassernes opgaver i amtskommunerne, nemlig den økonomiske administration af betaling og kontrol med 'yderne', dvs. praksissektoren liberalt erhvervsdrivende²⁰, og i 1971 kom der en særlig lov om offentlig sygesikring²¹. Sygekasse-

¹⁷ For en række af de ældste sygekasser savnes præcise historiske oplysninger, jfr. omtalen i jubilæumsskriftet fra Centralforeningen af Sygekasser i Vejle Amt, (40). Sygekassen i Jelling blev stiftet af læge C.J. Boye, som bl.a. er kendt for at have udført et af de tidligste eksempler på en særlig type operation (ovarieektomi), (37).

¹⁸ Jørgen Astrup var forretningsfører i Centralforeningen af sygekasser i Vejle Amt 1962-1973. Ved overgangen til amtlig regi i 1973 blev han kontorchef i sygesikringen i den nye amtskommune og fortsatte på denne post frem til 1994/1995. Han var et godt eksempel på et sygekasse-sygesikringsforløb: Startede som elev i Sygekassen 'Århus' i 1938 og sluttede som kontorchef i amtskommunens sygesikring. Han blev samtidig en 'kultur-og erfaringsbærer': Overførte erfaring og viden fra sygekasserne til amtets sygesikring, herunder viden om aftaler med praktiserende læger. Da Vejle Amt i 1987 sammenlagde Sygesikringen og Sygehusforvaltningen til en Sundhedsforvaltning støttede han entusiastisk ideen.

¹⁹ Medicinaldirektør Esther Ammundsen var meget direkte i 1970: "Jeg skal være den sidste til at underkende den enorme betydning, sygekassevæsenet har haft ... bl.a. er det måske nok dem, vi kan takke for, at vi overhovedet har en praktiserende lægestand, som vi kan håbe at bygge fremtiden på. Men nu går det efter min mening ikke mere – de har i de senere år virket som et af de berømte vattæpper eller isolationsmure, der isolerede den praktiserende læge ...", (43), p. 247

²⁰ Der var selvsagt debat undervejs i Socialreformkommissionens arbejde, (36), og ved behandlingen i Folketinget, (44). Kernepunktet var, om man med en række ændringer skulle beholde sygekasserne.

opgaverne med sygedagpenge, begravelseshjælp, hjemmesygepleje m.m., blev placeret hos primærkommunerne.

Sygesikringsloven krævede oprettelse af to politiske 'samordnings-udvalg', henholdsvis 'paragraf 23 stk. 2 udvalg' og 'paragraf 23 stk. 4' (fællesudvalget)²². Det første udvalg havde til formål at sikre koordinering med sygehusvæsenet og kommunerne med det sidste skulle sikre koordinering og kontakt til praksissektoren og udpeget af lægekredsförening.

Jordemodervæsenet

1970-reformen fjernede i betydelig grad private eller NGOer (non-governmental organisations) fra det danske sundhedsvæsen og strømlinede det som en offentlig finansieret organisation, der i betydelig grad også var offentligt ejet og drevet (sygehusene). Jordemodervæsenet og de forebyggende undersøgelser/den fødselsforberedende undervisning er et interessant kapitel.

Jordemodervæsenet blev 'nationaliseret' i den forstand, at alle jordemødre blev offentlig ansatte²³ og fastlønnede. Det skete 1. april 1973, og sammenfaldet med ophævelsen af sygekasserne er ikke tilfældigt. Bortset fra de fastansatte jordemødre på de offentlige sygehuse eller privatejede fødeklinikker²⁴, som tilsammen udgjorde omkring 30% af de daværende knap 600 jordemødre, blev de øvrige jordemødre enten udelukkende betalt af sygekasserne (de 19% privatpraktiserende) eller delvist betalt (de 49%, der var distriktsjordemødre, der modtog dels en basisløn og dels betaling per fødsel, som de modtog fra sygekasserne, (45)²⁵).

Som så meget andet i forbindelse med 1970-reformen gav det anledning til at ændre på en ordning, som havde udviklet sig dels i flere retninger, dels ved knopskydning, ligesom den sundhedsfaglige udvikling satte spørgsmålstejn ved ordningens holdbarhed.. Indledningen til betænkningen om fødselshjælp fra 1972 udtrykker det klart:

"Organisationen bygger på to helt forskellige grundlag, som begge er opstået gennem en naturlig udvikling inden for to forskellige grene af sundhedsvæsenet.

På den ene side er der igennem en gradvis udvikling med henblik på varetagelsen af den traditionelle hjemmefødsel opbygget et system med praktiserende jordemødre, hvis hovedsagelige økonomiske basis er honorarer for de enkelte arbejdsydelser, men hvoraf en del [distriktsjordemødre, KMP] dog -for at opnå en jævn dækning over landet - fra

²¹ En rest fra sygekassetiden findes i gruppe 1 og 2 under sygesikringen, hvor gruppe 2 mod egenbetaling med refusion af sygesikringstilskud svarende til gruppe 1 opnår ubetinget frit valg af læge. I sygekassetiden var der gruppe A og B-medlemmer, en rest af indtægtsgrænser for tilhørsforhold. – Teknisk set afløste sygesikringsloven sygeforsikringsloven fra 1960 (lov no. 239 af 10. juni, 'sygekasseloven')

²² Udgik af sygesikringsloven per 1. januar 1994 og blev erstattet med en planlægningsbestemmelse vedrørende en samlet/koordineret sundhedsplanlægning: Sygehusvæsen, praksissektoren og kommunerne, jfr. senere.

²³ Med undtagelse af jordemødre ansat på de ganske mange private fødeklinikker.

²⁴ Endnu et lille erindringspunkt i dagens debat, hvor det underforstås, at sygehuse m.m. 'altid' har været offentlige. Historieløshed kan undertiden føre til en noget misvisende debat. Fødeklinikkerne var i modsætning til de private (katolske) hospitaler egentlige kommercielle foretagender.

²⁵ Cliff beskriver honoreringen af jordemødre: "De gravide var udstyret med et såkaldt 'papegøjekort' fra sygekassen til brug for svangerskabsundersøgelserne. Jordemoderen klippede en kupon af, hver gang kvinden var til undersøgelsen, og hun fik så disse afklippede kuponer refunderet hos sygekasserne. Også honoraret for fødselshjælpen fik jordemoderen refunderet hos sygekasserne. Denne ordning omfattede både distriktsjordemødrene og de privatpraktiserende jordemødre. Hvis kvinden skulle føde på en privat fødeklinik, kunne honoraret tilfalde klinikindehaveren, der så anvendte pengene til bl.a. til at lønne de klinikansatte jordemødre", (45), p. 301.

det offentlige modtager særlige faste ydelser i form af løn, pension m.m. Sideløbende med de senere faser i denne udvikling, er der indenfor det offentlige sygehusvæsen opbygget et apparat til betjening af fødsler. Udgangspunktet herfor har været betjeningen af komplicerede fødsler, som ud fra lægelige hensyn ikke forsvarligt har kunnet gennemføres i hjemmet, men omkring denne kerne er stedse flere fødsler, også helt normalt forløbende, overgået til sygehusene”, p. 10, (46).

Som følge af todelingen: Primær og sekundært sundhedsvæsen var der også i forbindelse med udformningen af Lov om svangerskabshygiejne og fødselshjælp fra 1972 en diskussion, hvilket af amtsrådenes politiske udvalg (sygehusudvalget eller social- og sundhedsudvalget) området skulle henføres til. I det første udkast til lov, jfr. anbefalingen i betænkningen, skulle det være sygehusudvalget. Under udvalgsbehandlingen blev det dog ændret til social- og sundhedsudvalget og blev indskrevet i loven – og det var i det første 10-år situationen i Vejle Amt. Det forudsatte dog, at det tidligere nævnte 'fællesudvalg' (§ 23, stk 4-udvalg) kunne ordne den nødvendige koordinering.

Denne bestemmelse blev dog ændret i 1979 og placeringen blev gjort valgfri. I Vejle Amt kan man af sygehusplanerne se, at man fra et ønske om at få det placeret i sygehusregi i 1981-planen, (47): 'Driften ... foregår formelt i social- og sundhedsforvaltningens regi. Den praktiske forvaltning ... foretages dog af sygehusene. ... ønskes området helt og fuldt overført til sygehusvæsenet', blev det en realitet med 1984-sygehusplanen, (48).

Organisatorisk skulle jordemødrene placeres i jordemodercentre, hvorfra såvel den egentlige fødselsbetjening som svangerskabsundersøgelser kunne forestås. Der skulle ansættes en amtsjordemoder til at lede og koordinere alt dette. Som det fremgår senere gik Vejle amt mod dette.

HVORDAN GIK DET?

Tal er på én og samme gang sigende og intetsigende. De viser en ofte sigende udvikling i nøgletal, men forklarer i sig selv ikke udviklingen. I tabel 1 ser man, at antallet af somatiske sygehussenge er faldet, men tabellen siger ikke noget de sundhedsfaglige tiltag og innovationer, der har muliggjort denne udvikling.

Tabel 1: Udviklingen i somatiske sygehussenge

	Antal somatiske senge
1970/1971	1905
1980	1834
1990	1651
2000	1355
2006	1185

Det er slående, hvordan sengetallet er faldet – ja, tæt på en halvering. I de første prognoser fra 1972 skulle tallet, jfr. afsnittet om interimplanen, i 1990 være på godt 2200!

Sygehus- og sundhedsplanlægning

Planlægning er langt fra alt og præger ikke altid udviklingen så meget, som mange tror. På den anden side bruges planlægning som en metode til at sikre, at politiske og sundhedsfaglige beslutninger faktisk føres ud i livet som tilsigtet. Når der tages afsæt i planlægning i dette afsnit skyldes det, at det giver nogle pejlemærker og er veldokumenteret. Det giver i sagens natur på ingen måder et dækkende billede, især ikke af den lokale udvikling og innovation, som ikke drives af planlægning, men kultur, ledelse, frihedsgrader, initiativrigdom og lyst osv.. Derfor tages dette op i særskilt afsnit.

Planlægning kan være et redskab lokalt, altså i et amt, til at udstikke en fremtidig kurs og et redskab for centrale myndigheder til at følge med om love og regler følges (nogenlunde) og til at følge udviklingen i bred forstand. I et decentraliseret system, som alligevel skal hænge sammen og koordineres, er en vis form for planlægning og informationsudveksling mellem det lokale (amtslige eller regionale) niveau og de centrale myndigheder nødvendigt. Man kan også se planlægning som et redskab til at 'få styr' på et område, som man måske ikke kontrollerer fuldstændigt, fx praksissektoren eller til sikring af, at vedtagne principper og ideer føres ud i livet, fx. etablering af et egentlig sygehusvæsen baseret på ét hovedsygehus i hvert amt.

70erne og begyndelsen af 80erne var planlægningens zenit, tekstboks 5. Der blev opbygget store plansystemer med arbejdsdeling mellem amter og stat, obligatoriske plankrav og skemaer osv. I en vis forstand skyldtes det den voldsomme udbygning i midten af 70erne og behovet for at sikre en vis styring heraf. Udbygningen stoppede dog hen mod slutningen af 70erne. I midten af firserne blev det afløst af planskepsis, (49), og næsten ingen krav for dernæst i begyndelsen af 90erne at ændre karakter mod temaplaner og sundhedsplaner, ikke sektorplaner for sygehuse eller praksissektoren, (50).

Sygehusloven af 1969 indeholdt som noget nyt en planlægningsbestemmelse i § 4. Den pålagde sygehuskommunerne (som jo ikke blot var amtskommunerne men også Frederiksberg og Københavns Kommuner) at udarbejde en sygehusplan og pligt til at revidere den, hvis udviklingen tilsagde et behov herfor. Dette var nyt i forhold til den tidligere lov. For at have fat i den lange ende var der i den samme paragraf en bestemmelse om, at Indenrigsministeriet skulle udarbejde vejledende retningslinjer for den fremtidige udbygning af sygehusvæsenet, ligesom ministeriet skulle godkende sygehusplanerne og revisioner heraf. Paragraf 5 fastlagde endvidere, at udvidelser og væsentlige ombygninger skulle godkendes af indenrigsministeren. Det var stort set en videreførelse af § 3 og 4 i den tidligere sygehuslov. I bemærkningerne til loven stod, at sygehus-

Udviklingen i sygehus- og sundhedsplanlægning, centrale dokumenter ***Tekstboks 5***

1. Sygehusloven 1970, paragraf 4
2. 1971: Vejledende retningslinjer for planlægningen af sygehusvæsenets fremtidige udbygning
3. 1976. Praksisplanlægning, jfr. landsoverensomsten for almen lægegerning, marts 1976, kapitel III og IV. Forestås af fællesudvalget, § 23, stk. 4
4. 1977: Landssamarbejdsudvalgets retningslinjer for planlægning af almen praksis
5. 1977: Vejledende retningslinjer om planlægning af psykiatrisk sygehusvæsen
6. 1978: Cirkulære om ændrede tidsfrister m.v. for indsendelse af sygehusplaner
7. 1979: Cirkulære om obligatoriske skemaer til sygehusplaner ved planrevision 1980
8. 1987: Udsættelse af indsendelse af sygehusplaner – og det reelle ophør af centralt styret sygehusplanlægning
9. '90ernes psykiatri. Oplæg til temaplanrunde 1989-90'
10. 1994: Vejledning for sundhedsplanlægning (Samarbejde og planlægning på sundhedsområdet)
11. 1999/2000 aftale om funktionsbærende enheder
12. 2003: nye bestemmelser for praksisplanlægning i landsoverensomsten

byggerier var – og i øvrigt fortsat er – et spørgsmål af betydelig samfundsøkonomisk rækkevidde, og at det var vigtigt at undgå samfundsøkonomisk spild i form af uhensigtsmæssige drifts- og anlægsudgifter.

Lovgiverne så planlægningsbestemmelsen som en naturlig konsekvens af reformen, idet formålet herved bl.a. havde været at skabe et egnet administrativt grundlag for koordination af sygehusvæsenet i det enkelte amt og på landsplan. Der blev i bemærkningerne til § 4 også nævnt, at behovet for koordinering og sammenhæng steg i takt med specialiseringen og, at 'de specialiserede sygehusfunktioner baseres på befolkningsgrundlag af en sådan størrelse, at der sikres det tilstrækkelige antal patienter til at opretholde og videreudvikle lægernes viden og tekniske kunnen' (i dagens sygehusplanlægning omtales det som 'øvelser gør mester'). Med andre ord: Sygehusplanlægningen skulle være det redskab, der på én og samme gang tvang amterne til at opbygge et sammenhængende sygehusvæsen med indbygget arbejdsdeling og koordinering mellem amtets sygehuse (funktionel samordning) og gav indenrigsministeriet indblik i, om det skete og mulighed for at korrigere via godkendelsesbestemmelsen.

I Vejle Amt var den første sygehusplan klar allerede i maj 1972, den såkaldte 'interim plan', der dog ikke var mere interim end, at den næste plan først kom 5 år senere, tekstboks 6.

Sygehus-praksis-og sundhedsplaner *Tekstboks 6*

1. Interimplanen for sygehusvæsenet, maj 1972
2. Tilrettelæggelsen af fødselsbetjeningen m.m, 1973
3. Sygehusplan 1975-1990, fra maj 1977
4. Plan for almen lægepraksis, juni 1978
5. Psykiatriplan, 1978
6. Sygehusplan 1981-1992 (somatik og psykiatri), juni 1981
7. Sygehusplan 1984-1996, februar 1985
8. Temaplan for fødselsbetjeningen 1986-1996
9. Psykiatriplan, januar 1991
10. 'Sundhedsplanen', 18. marts, 1991
11. Sundhedsplan 1998-2001
12. Vejle amt som funktionsbærende enhed, 1999
13. Udviklingsplan for psykiatrien i Vejle Amt, 2001
14. Praksisplan 2001
15. Strategi for sundhedsfremme og forebyggelse, 2002
16. Sundhedsplan 2002-2005
17. Praksisplan i Vejle Amt 2004-2008
18. Udviklingsplan for psykiatrien i Vejle Amt, 2005

Vejle Amt var sammen med Frederiksborg Amt de første amter, der var klar med en plan. De øvrige amter fulgte efter i løbet af 1-2 år. En af årsagerne til, at amtet havde travlt, var, at en godkendt plan ifølge sygehusloven var en forudsætning for, at indenrigsministeriet kunne give tilladelse til nye anlægsarbejder i amtet. I Vejle amt var flere store byggerier i gang i 1970/71 og flere planlagt.

I de vejledende retningslinjer fra 1971 var der ikke fastsat nogen frist for indsendelse af sygehusplaner, ligesom der ikke var bestemmelser om regelmæssige revisioner. Det kom først med et cirkulære fra 1978, (51), hvorefter der skulle ske en revision hvert 4. år. Sygehusplanen skulle omfatte 12 år, mod oprindeligt 15 år ifølge 1971-retningslinjerne. Hertil kom, at man 1977 havde indført et nyt kommunalt budget- og regnskabssystem og for at sikre sammenhæng mellem budget og planer, skulle sygehusplanenes såkaldte programdel, der dækkede de førstkomende 4 år, revideres i forbindelse med de årlige budgetrunder og den flerårige budgetlægning, der også dækkede en fireårig periode.

Interim sygehusplanen fra 1972

Planen er på alle måder en illustration af, hvordan man i Vejle Amt ville føre intentionerne med reformen ud i livet og skabe grundlaget for 'det moderne sygehusvæsen' i Vejle Amt. Planen blev vedtaget énstemmigt i sygehusudvalget.

Planarbejdet involverede alle centrale interessenter i sygehusvæsenet og var som sådan ikke et 'top-down' skrivebordsarbejde. Fremgangsmåden harmonerede godt med dialog-tænkningen hos sygehusudvalgets formand. En del af forarbejdet bestod i møder med overlægerne i de forskellige specialer under forsæde af udvalgsformanden og med klare signaler. Set med dagens øjne er det en meget aktiv (men vidende) involvering af det politiske niveau i planlægningsarbejdet, men svarede ganske nøje til Tiedemanns billede af udvalgsformandens funktion, jfr. hans ovenfor omtalte foredrag. I referaterne fra møderne ser man en velorienteret og skarp formand, der sammen med amtsygehusdirektøren orienterer sig om fakta, synspunkter og holdninger. I indledningen til ét af møderne præciseres en central tænkning i planarbejdet og en forudsætning for at etablere et funktionelt samarbejde: "Vi har prøvet af få disse drøftelser i gang i den nye strukturs ånd, speciale for speciale i stedet for sygehus for sygehus" (referat fra møde d. 15. januar 1971 med de medicinske overlæger i Vejle Amt). Det er tankevækkende, at sygehusdirektørerne/administratorerne ikke var repræsenteret ved disse møder. Det har utvivlsomt været et bevidst valg.

Ét centralt valg i planen var udpegningen af et hovedsygehus – et omdrejningspunkt i tænkningen bag de nye amtslige sygehusvæsener. Vejle Sygehus blev udpeget til amtets hovedsygehus i den forstand, at udover at varetage lokalfunktionerne i lokalområdet skulle sygehuset også være hjemsted for de specialer, som der kun skulle være én afdeling af i amtet. Dette var en central beslutning, der utvivlsomt havde givet debat, idet Kolding Sygehus var det andet alternativ. I planen forsøger man både at blæse og have mel i munden. Med reference til de vejledende retningslinjer noteres, at man har forsøgt at skabe sikkerhed for, at hovedsygehuset i givet fald kan udbygges til 800-1.200 senge, men skriver samtidig, at "sygehusudvalget dog ikke [har] anset et hovedsygehus i denne størrelse for optimal under de vilkår, der eksisterer i Vejle amt", p. 7

I planen berøres to ømtålelige emner som konsekvens af valget af Vejle som hovedsygehus – nemlig mulig flytning af øjenkirurgi og pædiatri fra Kolding Sygehus til Vejle.

Vedrørende øjenkirurgi forudsatte interimplanen, at øjenkirurgien forblev i Kolding indtil videre, bl.a. fordi det ikke var ganske klart, om det evt. ville blive en landsdelsfunktion, uanset at øjenspecialet som sådant blev henlagt til hovedsygehuset. Som det fremgår senere, gik der mere end 10 år før flytningen skete.

Pædiatrien skulle også ifølge retningslinjerne og logikken bag hovedsygehustanken placeres på Vejle Sygehus. Det nævnes i planen, at det geografisk også ville være det bedste i det nye amt, men sygehusudvalget fandt 'det betænkeligt for tiden at nedlægge den eksisterende pædiatriske afdeling i Kolding, som bl.a. i betydelig grad betjener udenamts patienter ... og som i øvrigt har etableret et sådant samarbejde de øvrige specialafdelinger på Kolding Sygehus, at en umiddelbar ændring tvært imod hensigten vil kunne true kvaliteten af den pædiatriske service i bred forstand', p. 8. I stedet ønskede sygehusudvalget 'at etablere en pædiatriske afdeling i Vejle, som betjenes fra overlæge Hobolth's afdeling i Kolding',²⁶.

²⁶ Pædiatriske afdeling blev aldrig flyttet, men det spøjte dog fortsat i min egen tid som amtssundhedsdirektør 1987-1991. Ud over det citerede er der utvivlsomt supplerende forklaringer: Dels var den nævnte overlæge 'stærk' – og det er i sig selv usædvanligt at omtale afdelingen i ejefald: Hobolth's afdeling, dels skal man huske, at amtssygehus-

Amtet blev planlægningsmæssigt opdelt i fire basiszoner: 'nord': Horsens og Brædstrup, 'midt': Vejle og Give (og delvist Hornsyld), Kolding og Fredericia, som det mindste. Zoneinddelingen var tænkt som et planlægningsgrundlag, men ikke afgrænsede indlæggelsesområder samtidig med et princip om, at der var fri indlæggelsesret i hele amtet.

Der blev også sendt 'varsler', der dels ville fjerne 'private sygehuse', uden at der var noget ideologisk i dette, dels sikrede samordning. Sygehusudvalget blev bemyndiget til at meddele Sankt Hedvigs Klinik i Kolding og Sankt Josephs Hospital i Fredericia, at sygehusemæssig udnyttelse ville ophøre. Det skete i praksis i henholdsvis 1975 og 1976. Vedrørende Sankt Maria Hospital blev udvalget bemyndiget til at indgå en aftale²⁷, hvorefter hospitalet lægeligt indgik som en afdeling af Vejle sygehus, indtil der på sygehuset var opført yderligere en sengefløj med tilførende behandlingsafdelinger, dvs. man markerede, at Sankt Maria også med tiden ville blive udfaset. Det kom dog først til at ske i med virkning fra 1995. Hornsyld Sygehus' fremtid afhang det dels af udbygningen af Vejle og Horsens sygehuse, som har 'brugsret' til medicinske senge i Hornsyld, dels af stillingtagen til langtidsbehandling og plejehjem, men som egentlig sygehus havde sygehuset utvivlsomt udspillet sin rolle.

Med hensyn til kapacitet var planlægningen præget af 'norm-tænkning'. I ministeriets vejledende retningslinjer havde man, i øvrigt uden meget empirisk belæg, indført en 'sengenorm' på 6,15 senge per 1.000 indbyggere, ekskl. landsdelsfunktion. Når man brugte denne teoretiske norm og kombinerede det med befolkningsudviklingen, kom man i Vejle Amt frem til et somatisk sengetal på 2035 for hele amtet i 1970 og 2205 i 1990.

I bagklogskabens lys kan man notere, at denne udvikling aldrig materialiserede sig. Det faktiske (somatiske) sengetal i 1990 var godt 1.600, tabel 1, og befolkningen var vokset med knap 30.000 fra 1970 til 1990²⁸. Det er dog også en markering af, at planlægning på lang sigt er præget af stor usikkerhed – og derfor sjældent kan bruges ved væsentlige dimensioneringsspørgsmål. Den væsentligste funktion af planlægning er snarere, at man sætter en kurs.

Sygehusplanlægningen i kontekst

Før en selektiv gennemgang af de efterfølgende planer er det vigtigt at gøre sig klart, at enhver form for planlægning er kontekst-afhængig, nemlig af de eksisterende planlægningsopfattelser og de økonomiske konjunkturer, hvortil kommer de sundhedsmæssige muligheder (den teknologiske udvikling). Det følgende vedrører de to første muligheder, som kan føre til, at selv de bedste planer forbliver skrivebordsarbejder.

direktøren, J. Tilsted Pedersen, havde været sygehusdirektør i Kolding. Endelig var formanden for sygehusudvalget 1978-1990 valgt i Kolding.

²⁷ Aftalen blev indgået i marts 1974 (ifølge notat af 8. juni 1990, j.nr. 2-41-1-1-90). Deri stod bl.a., at Sct. Maria Hospital (SMH) ingensinde kunne tilpligtes at modtage patienter, der ønsker foretaget abortus provocatus eller sterilisation. Dette spejler selvsagt hospitalets religiøse forankring. Den frie abort var blevet indført i 1973. – Selve overenskomsten var karakteriseret ved, at SMH stillede samtlige sine for sygehusdrift beregnede lokaler og faciliteter til rådighed for amtets sygehusvæsen

²⁸ I ministeriets vejledning anførtes også, at normen 6,15 var usikker osv. Allerede i 1973 sagde medicinaldirektøren, at tallet var for højt, (52).

Indenrigsministeriet udsendte som tidligere nævnt retningslinjer for sygehusplanlægningen i 1971 efter forudgående ret heftig diskussion. Allerede i 1973 begyndte man at overveje ændringer – uden at det dog skete – og i den forbindelse, blev der afholdt et møde på Den kommunale Højskole. Udover det rent planlægningsmæssige dukkede der et nyt tema op i diskussionen, anført af medicinaldirektør Esther Ammundsen, nemlig økonomiske overvejelser. Hun udtrykte undren over, at der ikke tidligere var indgået økonomiske overvejelser i forbindelse med sygehusudbygning og drift: 'vi ... må erkende, at rent økonomiske momenter måske hidtil har spillet en for ringe rolle', p. 5 og hun lagde op til en prioriteringsdiskussion, som reelt set har stået på siden:

"Jeg vil også gerne sige, at selv om vi fra lægelig side i hvert fald i begyndelsen ofte havde svært ved at acceptere prioriteringstanken, tror jeg, at jo mere vi hører ... des bedre forstå vi dette, at det også må være en lægelig opgave at prioritere og ikke som for en del år siden simpelt hen sige: hvis ikke får det og det, kan vi ikke tage ansvaret for behandlingen af disse patienter", p. 84(52)²⁹.

Det citerede faldt i forlængelse af et indlæg af en kontorchef i Indenrigsministeriet, der omtalte betydningen af økonomisering, prioritering osv. Som det lakonisk står ved afslutningen af det stenografiske referat: (bifald)³⁰.

Økonomi var for alvor kommet på dagsordenen i begyndelsen af 1970'erne (og er ikke forsvundet siden): Stikordsmæssigt kan nævnes de to perspektivplaner: PP I (1971) og II (1973), (54;55), Glistrups berømte pressemøde i januar 1971 ('0% og skatteundragere var frihedskæmpere'), jordskredsvalget i december 1973 med 28. mandater til Fremskridtspartiet og olie-chocket (1973).

I PP I hed det manende, at der var en tendens mod, at sundhedsvæsenet træk på de samlede ressourcer ville blive endog meget store. 'Behovet for en overordnet planlægning og styring af sundhedsvæsenet ud fra økonomiske kriterier er derfor iøjefaldende', p. 80. PP I var i det hele taget præget af styrings- og planlægningstænkning. Således blev det flere steder fremhævet, at det var væsentlig for forståelsen af udviklingen på sygehusområdet og sundhedsvæsenet i øvrigt, at området ikke havde været underkastet nogen central styring. Det blev derfor anbefalet, at amtskommunernes dispositioner burde koordineres under en fælles økonomisk ramme.

I 1974 nedsatte indenrigsministeren det såkaldte prioriteringsudvalg, bl.a. på baggrund af PP II, der barslede med 'prioritering i sundhedsvæsenet' i 1977, (56). Man talte meget om behovet for at udvikle en større omkostningsbevidsthed inden for alle sundhedsvæsenets. 'Ikke mindst inden for sygehusvæsenet ... med henblik på en bevidst kritisk vurdering af ressourceudnyttelsen, såvel i den daglige drift som i planlægningen'. Prioriteringsudvalgets vigtigste bidrag var imidlertid at få sat

²⁹ Man kan genfinde de samme grundsynspunkter i Ammundsens erindringsbog fra 1990, p. 145-146, (53), så enhver tanke om, at de fremsatte synspunkter var tidsbestemt ('Glistrup, oliekrise osv.) kan afvises.

³⁰ Erling Tiedemann var naturligvis med til mødet og var den første spørger. Han startede koketterende: 'Når jeg har været så ubeskedent at bede om ordet først, skyldes det erkendelsen af min manglende evne til at fatte mig korthed', p. 39, og referatet af hans kommentar fylder da også 8 A-4 sider! Og sluttede af med selvironisk at notere, at 'nu vil formanden bede de efterfølgende talere om at begrænse sig, og det synes jeg er en god ide'. Ingen af de andre spørgeres kommentarer fylder mere end 2 sider. På den anden side må man erkende, at det var 8 siders substansfyldte kommentarer. På økonomiområdet noterede han, at det var nødvendigt med prioritering og i 'en vis udstrækning også neddæmpning'. Han havde også en bemærkning om senge-normtallene. På den ene side var han nok enig i, at normerne var for høje, men man havde været bange for at komme i en mangelsituation. Hertil kom, 'at vi har brugt disse normer til at holde sengekravene nede. Man må ikke glemme, at det, sygehusvalgene har brug for rundt omkring, ofte er et rygstød ... og vi har brug for nogen til at hjælpe os med holde igen', p. 42. Med andre ord: de faglige ønsker om flere senge var betydeligt større end såvel normerne som de politisk bevilgede. Det illustrerer (vel?), at fagfolk sjældent er bedre til lidt mere langsigtede forudsigelser end embedsmænd og politikere.

forebyggelse og det primære sundhedsvæsenet på dagsordnen – men delvis i en økonomisk kontekst, nemlig at det kunne aflaste sygehusvæsenet³¹.

Ud over de landspolitiske tendenser på økonomiområdet, er det vigtigt at notere, at finansieringen af sygehus- og sundhedsvæsenet ændrede sig efter reformen og gradvist førte til, at amterne fik det samlede økonomiske ansvar. I sagens natur ændrede det også synet på økonomien og den rolle, det skulle og kunne spille i forbindelse med sygehusplanlægningen. Voldsomt udgiftskrævende dispositioner blev synlige for borgerne i form af amtsskatteprocenten.³²

Fra 1937 til 1970 havde sygehuskommunerne/sygehusene tre indtægtskilder: Takstbetaling fra sygekasserne, tilskud fra amter og kommuner og statstilskud³³. Det statslige tilskud³⁴ udgjorde i 1970 omkring 65 % af de samlede sygehusudgifter.

Fra 1970 til 1975 indførtes gradvist det system, der gjaldt frem til udgangen af 2006: Amtsskatter kombineret med bloktilskud³⁵. Bloktilskuddet udgjorde ca. 15% af de samlede sundhedsudgifter³⁶. Fra april 1975 havde amterne det samlede økonomiske ansvar. I 1970 blev det netop nævnte statstilskud nedsat fra 65 % til 35 %, og fra 1. april 1975 bortfaldt det helt, ligesom sygekassernes takstbetaling i sagens natur bortfaldt med nedlæggelsen af sygekasserne 1. april 1973, men hvor staten dog ydede et 35 % tilskud frem til 1. april 1975.

Fra 1. januar 1972 fik amterne derfor adgang til foruden ejendomsskat at opkræve en proportional indkomstskat. I 1975 indførtes et bloktilskud baseret på objektive kriterier, bl.a. areal, indbyggertal, alderssammensætning m.m.³⁷.

³¹ Allerede i 1976 havde Amtsrådsforeningen anslået forebyggelsestøner ved en konference om sundhedspolitik, (35:57). Amtsrådsforeningens formand, amtsborgmester Erling Tiedemann holdt et langt indlæg (33 sider i referat-form) med mange tankevækkende observationer, både om økonomi og forebyggelse men også om prioritering og politisk ledelse. ”Jeg har forsøgt at vise, at amtsrådene er placeret så de kan styre ... Jeg har yderligere søgt at vise, at styring forudsætter, at man koncentrerer sig om relevante mål, og at man tager egentlig politisk stilling til målsætningen og har mod til at realisere den. Endelig at dette forudsætter, hvad vi kunne kalde: En art sundhedsmoralsk oprustning af både befolkning og politikere, organisationer og ansatte ... og endelig har prøvet at vise, at dette indebærer revolutionerende holdningsændringer hos os alle sammen”. Referatet slutter med ’meget kraftigt bifald’.

³² Med regionsreformen blev finansieringsansvaret fjernet fra regionerne, dvs. retten til skatteudskrivning, jfr. senere fodnote. Lettere forudfattet på grund af forfatterens kritik, (58), må det alligevel konstateres, at det også har ført til, at regionsrådet laver ønskelister, der er noget længere, end hvis de skulle have stået til ansvar overfor skatteborgerne.

³³ Statstilskuddet blev indført 1937. Der havde ikke tidligere være direkte statstilskud, men nok indirekte via tilskuddet til sygekasserne.

³⁴ Staten ydede tilskud til samtlige sygehuskommuner under ét, fastsat som en procentdel af de samlede nettosygehusudgifter (defineret som udgifter, ekskl. forrentning og afskrivning, minus takstindtægter (fra sygekasser og sygeforeninger). Dette tilskud blev fordelt mellem de enkelte kommuner i forhold til antal indbyggere og antal sengepladser.

³⁵ Og som i medfør af regionsreformen per 1. januar 2007 er blevet en total statsfinansiering af sundhedsvæsenet: Amtsskatten bortfaldt og blev erstattet med en statsligt proportional skat, ’sundhedsbidraget’, der føres tilbage til regionerne i form af et bloktilskud baseret på objektive kriterier.

³⁶ Jfr. Lov om generelle tilskud til amtskommuner og kommuner, lovbekendtgørelse nr. 412 af 2. august 1974.

³⁷ For fuldstændighedens skyld, jfr. tidligere: Per 1. april 1976 blev de psykiatriske statshospitaler overført til amterne. Per 1. april 1978 blev de statslige ortopædiske hospitalsafdelinger overført til amtskommunerne, således at alle sygehusopgaver bortset fra Rigshospitalet nu blev varetaget af på ét og samme myndighedsniveau. I forbindelse med overførslen af de nævnte hospitaler og afskaffelsen af sygehusbidraget til de somatiske hospitaler kompenserede staten for de amtskommunale merudgifter ved en tilsvarende forhøjelse af tilskuddene efter objektive udgiftsbehovskriterier. Indtil 1975/76 havde staten desuden finansieret visse højt specialiserede afdelinger på de amtskommunale sygehuse, nemlig de neurokirurgiske afdelinger og et hertil svarende antal neuromedicinske sengepladser samt radiumstationerne. Den statslige medfinansiering blev reduceret fra 1981 og ophørte i 1985.

Det økonomiske pres kom også til udtryk ved, at Indenrigsministeriet i 1976 udsendte en sparevejledning for sygehusene, (59), ligesom Sundhedsstyrelsen nogle år senere – højst usædvanligt – også meldte sig på banen med et ide-katalog om ressourceanvendelse i sygehusvæsenet, (60).

Den øgede fokusering på økonomi satte en dæmper på sygehusplanernes ambitionsniveau og gjorde som minimum, at mange planer måtte realiseres over en længere årrække end planlagt. Vejle Amt var måske heldig med at have fået indsendt en plan tidligt med

skitser af de mange igangværende og planlagte byggerier (fire af planens i alt 14 sider) og kunne afslutte mange af byggeprojekterne i midten af 1970erne, fx ibrugtagning af det nybyggede Kolding Sygehus. Vejle Amts tredje sygehusplan fra 1981 var således baseret på nulvækst for 1981-1985. Indenrigsministeriet tilsluttede sig dette i godkendelsesskrivelsen, (61) p. 108, men med lidt skepsis: 'skal bemærke, at planen ikke fuldt ud beskriver, hvorledes dette kan realiseres'.

<i>Udvalgsformænd,</i>	<i>Tekstboks 7</i>
------------------------	--------------------

1970-1974:	Erling Tiedemann
------------	------------------

1974-1978:	Peder Eg Jensen
------------	-----------------

1978-1990:	Poul Sørensen
------------	---------------

1990-1993:	Bent Pedersen
------------	---------------

1993	: Vagn Vejen Pedersen
------	-----------------------

1994-2001:	Erik Rasmussen
------------	----------------

2002-2006:	Leif Mørck
------------	------------

Anden, tredje og fjerde sygehusplan (1977, 1981 og 1985)

I det følgende fokuseres alene på udvalgte dele af de tre efterfølgende sygehusplaner, (47;48;62), excl. psykiatrien.

- sygehusapoteker

Den samlede regulering af apotekersystemet har altid været statslig styret og derfor berøres de private apoteker i Vejle Amt ikke i denne fremstilling. Derimod har amterne haft visse muligheder for at oprette sygehusapoteker. Vejle Amt var meget tidligt ude med at etablere sygehusapoteker³⁸. Amtsrådsforeningen havde i 1970 anbefalet, at der indenfor for hvert amt skulle findes et sygehusapotek³⁹. Det lovmæssige grundlag var den daværende apotekerlov, hvor det i § 11 stod, at der som minimum skulle være 500 senge på et sygehus med sygehusapotek. Ministeren kunne dog give dispensation, hvis forholdene iøvrigt talte for det. Som det fremgår nedenfor, gav ministeren denne dispensation til Vejle Amt. Sygehusfarmaceuterne mente ikke overraskende, at det skulle indrettes sygehusapoteker på alle sygehuse af normal størrelse, ligesom det ville være naturligt at koordinere den sygehusfarmaceutiske service på amtsbasis, (65).

I 1977-sygehusplanen står, at der var truffet principbeslutning om, at der ved sygehusene i Horsens, Kolding og Vejle skulle etableres sygehusapoteker uden egenproduktion. Denne beslutning var i 1977 effektueret i Kolding og Vejle, medens der først blev etableret sygehusapotek i Horsens 1981/1982. Alle steder i øvrigt i nær tilknytning til etablering af sterilcentral.

³⁸ Se Kruses beretning for København, hvor ordningen har lange historiske rødder, (63), uden at det slog igennem på provinssygehusene. For en kort generel indføring se også Apotekervæsenets Historie i Danmark, (64).

³⁹ Desværre har den præcise skriftlige kilde ikke kunnet identificeres, men er i Sygehusfarmaci i Danmark, (65), omtalt som 'Amtsrådsforeningens betænkning af juli 1970'.

Vejle Amt var det eneste amt, der så tidligt vidtgående indførte sygehusapoteker. Sygehusene uden apotek fik medicin fra de private apoteker⁴⁰, idet der også var regler, som reelt forhindrede, at de blev forsynet fra andre allerede eksisterende sygehusapoteker.

Der er to begrundelser for sygehusapoteker: en økonomisk og en sundhedsfaglig – og Vejle Amts tidlige valg var ud fra begge kriterier gode valg.

Begejstringen for sygehusapoteker hos såvel Apotekerforeningen som medicinalindustrien to interesseorganisationer (MEFA og MEDIF) var til at overskue. I 1979 ville MEFA have de daværende Monopoldirektorat til at undersøge de drifts- og samfundsøkonomiske konsekvenser. Apotekerforeningen fremsatte det samme ønske på generalforsamlingen samme år. På den baggrund offentliggjorde Vejle Amt tal for sygehusapoteksdriften i de to første år, (66). Der kunne ud fra regnskabsmæssige fornuftige beregninger påvises besparelser på mellem 20 til 30% sammenlignet med betjening fra private apoteker. Beregningerne blev dog kritiseret af en privat-apoteker for at være delvist misvisende, (67).

Medicinalimportørforeningen, MEDIF, udførte senere en analyse af årene 1977-1980. I denne analyse så man på de samlede samfundsøkonomiske konsekvenser, dvs. man inddrog den komplicerede måde, hvorpå de private apotekers avancer m.m. beregnes og samspillet med apotekernes udsalgspriser. MEDIFs analyse bekræftede den økonomiske fordel for amtet, men viste samtidig⁴¹ at der samfundsøkonomisk kunne være et problem, fordi det medførte højere udsalgspriser på landets private apoteker, fordi bruttoavancen på apotekerne i de to byer faldt.

Når man skal forstå, hvorfor et amt har drevet et sygehusvæsen økonomisk fordelagtigt som Vejle Amt har, er det summen af tiltag som sygehusapoteker, der spiller ind, men det påskønnes og forstås alt for sjældent, fordi det er en lille detalje i et stort system. Hertil kommer, at kvaliteten af medicinsk behandling, lige fra færre fejlmedicineringer til medicinvalg, utvivlsomt vandt ved muligheden for en mere direkte og løbende dialog mellem de kliniske afdelinger og farmaceutisk ekspertise på matriklen.

- funktionel samordning

En central målsætning med amternes overtagelse af sygehusdriften var at skabe et funktionelt samordnet sygehusvæsen. I forarbejderne til sygehusloven og retningslinjerne for sygehusplanlægning blev der peget på tre metoder til samordning: 1. en central amtslig visitationsordning (som Vejle amt allerede afviste med interimplanen af 1972s zoneinddeling, bortset fra visitation til land- og landsdelssygehuse, som blev centraliseret), 2. samling af akutmodtagelse og 3. organisatoriske

⁴⁰ Det kunne betyde ganske meget for deres omsætning. Jeg husker således, at vi omkring 1990 overvejede, om Fredericia Sygehus kunne forsynes/betjenes fra Vejle eller Kolding. Den daværende apoteker satte næsten himmel og jord i bevægelse for at forhindre det (med held). Kontakter til amtspolitikere, møde med mig osv..

⁴¹ Da modsætningen mellem 'kasseøkonomi' (et amts eller sygehus' økonomi) og samfundsøkonomi er et tilbagevendende problem, kan følgende bemærkning fra MEDIFs rapport være vigtig at fremhæve: "Dette resultat forekommer umiddelbart paradoksalt, fordi såvel Vejle Amtskommune som de private apoteker har handlet rationelt ... Når man ikke desto mindre når frem til en fordyrelse for samfundet, hænger det sammen med, at den private apotekssektor og sygehusapotekerne dimensioneres og drives uafhængigt af hinanden. Der finder ingen koordinering sted". Jeg var selv involveret lidt ved udarbejdelsen af MEDIFs rapport, herunder den anlagte skelnen mellem kasseøkonomi og samfundsøkonomi, og finder her 25 år senere, at det er utrolig vigtigt at forstå denne forskel, der forsat giver anledning til misforståelser.

tiltag. Det tog imidlertid mange år før der skete en reel samordning. I Vejle Amt – og utvivlsomt i andre amter s- kyldtes det overlægemaagt- og modstand⁴².

På det organisatoriske niveau ordnede Vejle Amt det ved at oprette blokstrukturer for de kliniske hovedområder. I 1977-planen hed det, at det var hensigten 'at fremme det allerede etablerede ... samarbejde på tværs af de enkelte sygehuse med det sigte, at de lægelige rådgivnings- og styringsmønstre udvikler sig i retning af egentlige, faglige blokstrukturer under *ansvarlig* lægelig ledelse (med den anførte kursivering i planteksten), (62), p. 19. Dette skulle selvsagt have en administrativ løsning, men hvor man indledningsvis begrænsede sig til tværgående administration af de klinisk-kemiske laboratorier⁴³.

**Amtssygehus-og sundhedsdirektører,
Tekstboks 8**

1970-1986: Jørgen Tilsted Pedersen
1987-1991: Kjeld Møller Pedersen
1992-1995: Lars Muusmann
1995-2000: Leif Vestergård Pedersen
2000-2006: Jens Elkjær

I 1981-planen omtales, at der er etableret vedtægter for blokstrukturer for de kliniske hovedgrupper, men hvor ambitionerne udtrykt i 1977-planen er reduceret drastisk. Nu tales der om rådgivning om ressourcestyringen for så vidt, at den ikke træder i stedet for den rådgivning sygehusudvalget modtog fra de udpegede rådgivere⁴⁴. Uanset, at det i 1984-planen nævnes, at blokgrupperne virkede godt inden for deres hovedopgave, nemlig at fungerer som rådgivende organ i planlægningsanliggender, herunder især opgavefordeling mellem afdelinger og sygehuse, visitationsprincipper og samarbejdsrutiner, er der ikke tvivl om, at blokgrupperne ikke have stor gennemslagskraft og ofte var præget af våbentilstand: hvis jeg ikke gør noget, gør du heller ikke noget ('i forhold til mit område på sygehuset i X-købing'). Blokgrupper eller ej: i 1981-planen hed det, at den optimale opgavefordeling mellem de enkelte sygehuse og sygehusafdelinger endnu ikke var gennemført i fuldt omfang (efter 10 års forsøg), men at man forventede, at blokstrukturen ville fremme det. Der er ikke meget der tyder på, at det blev tilfældet.

Om akutmodtagelse hed det i 1977-planen, at man indtil videre opretholdt et akut vagtberedskab ved sygehuse i Brædstrup, Fredericia, Give, Horsens, Kolding og Vejle, men at det skulle differentieres efter den lokale belastning. Det anførtes, at man ville følge belastningen over de enkelte ugedage og over døgnets timer med henblik på tilstedeværelsen af et både økonomisk og

⁴² På tværs af samordningsbestrebelse anførtes det således i 1977-planen, at der nok tilstræbtes en opgavefordeling mellem sygehuse, men "derudover vil man ... både i erkendelse af status quo og ved nyudnævnelser acceptere 'interesseområdet' for de overlæger, der i besiddelse af særlige forudsætninger. Disse interesseområder vil i en vis forstand kunne accepteres uafhængigt af den geografiske placering i amtet", p. 18. Med bagklogskabens klarsyn må man sige, at dette gjorde det mere end svært at samordne effektivt.

⁴³ En aldrig realiseret tanke har næsten revolutionært karakter: Er der behov for en lokal sygehusadministration? "Hvad den decentrale sygehusadministration ... angår, vil man indtil videre stadig organisere denne som en institutionsadministration. Udviklingen i de administrative organisationsmønstre bør dog følges opmærksomt". Dette har mindelser om tænkningen bag funktionsbærende enheder knap 25 år senere.

⁴⁴ Grundlæggende var der i Vejle Amt og alle andre amter store problemer med sådanne strukturer, fordi der samtidig var overlægeråd ved de enkelte sygehuse og et amtsligt overlægeråd. Fx var de direkte indskrevet i Regulativet for Vejle Amts sygehusvæsen, § 21, stk. 1 og 2. Man havde gjort meget for ikke lade lokale sygehusbestyrelser genopstå, jfr. ovenfor, men spørgsmålet er, om de i en vis forstand med lægefaglig basis genopstod i form af lokale overlægeråd og amtsligt overlægeråd, hvor man ofte mere holdt hinanden i skak for at forsvare lokale positioner end skabe ændringer. Desværre er dette organisatoriske aspekt af det danske sygehusvæsen totalt ubelyst og vil kræve andet og mere end en traditionel professionsanalyse. Først i løbet af 1990'erne aftog overlægerådenes magt i takt med at antallet af overlæger eksploderede og der blev indført lægelige direktører på sygehuse uden at de var udpeget af overlægerådet, sådan som de var indledningsvis.

lægeligt forsvarligt beredskab. Indenrigsministeriet havde i sin godkendelsesskrivelse af 1977-planen henstillet at en sådan analyse blev igangsat. Det nævnes i 1981-planen, at undersøgelsen er igangsat – men den var efter fire år fortsat ikke afsluttet. I 1984-planen ændres intet, men nu afventes en analyse fra Indenrigsministeriet. Det korte af det lange er, at der i realiteten ikke skete ændringer før vedtagelsen af 1991-planen, da den akutte kirurgiske modtagelse i Give og Brødstrup blev nedlagt.

-specialisering

Et 'almindeligt' amt som Vejle amt, skal normalt ikke have landsdelsfunktioner og i det hele taget ligge lidt underdrejet i forhold til universitetssygehusene. Vejle Amt har imidlertid på nogle områder skilt sig lidt ud. Her er udvalgt enkle prægnante områder: dialyse, kræft/strålebehandling, klinisk genetik og øjenkirurgi.

Dialyse: Det er mere end usædvanligt, at et sygehus af Fredericias størrelse skulle få amtsfunktionen for dialyse (i øvrigt i delvis modstrid med hovedsygehustanken). Forklaringen skal, som ofte i sådanne tilfælde, findes hos en markant person, nemlig den fra andre sammenhænge kendte overlæge Jørgen Røjel, der brød alle skrevne og uskrevne regler, især i forhold til Sundhedsstyrelsen. Desværre findes der kun Røjels version af forløbet. Hans modpart, medicinaldirektør Esther Ammundsen, har ganske vist i sin erindringsbog, (20), ikke mindre end 5 sider om 'nyresag', men nævner ikke Røjel og Fredericia eksplicit, men blot med 'en skarp ordveksling mellem én af disse overlæger [fra de mindre steder, der selv ville dialysere] og mig gav herligt stof til sensationspressen!'

Sundhedsstyrelsen havde fastslået, at der i fremtiden skulle være i alt seks dialysecentre, men Røjel havde stiftet bekendtskab med dialyse under Koreakrigen og besøgt flere udenlandske centre, uden dog på nogen måde at være specialist. Da man i 1966 på Fredericia på kort tid mistede tre yngre patienter på grund af nyresvigt efter uden held at have forsøgt at få dem overflyttet til én af landets daværende to dialyseafdelinger, søgte han sammen med en medoverlæge sygehusbestyrelsen om at måtte købe et dialyseapparat. Bestyrelsen anbefalede det overfor amtet, og amtmanden gik ind for planen. Den første patient blev dialyseret midt på året 1967. Men så blandede Sundhedsstyrelsen sig.

Sammen med bestyrelsesformanden og sygehusinspektøren blev Røjel tre måneder efter den første dialyse kaldt til møde i Sundhedsstyrelsen, (10). Det blev et særdeles stormfuldt møde. Sundhedsstyrelsen ville have, at dialyseafdelingen skulle lukke, fordi det stred mod den overordnede planlægning, som i parentes bemærket nok i bedste fald var i begynderstadiet, idet noget peger på, at de nedskrevne retningslinjer først kom i 1969, (68). Røjel har udførligt beskrevet (og gentaget) mødeforløbet i sine erindringer, (10), i jubilæumsbogen for Fredericia Sygehus, (8) og i en artikel, (69), endda med ordrette citater. Tønen var hård under og efter mødet. I 1970 trak det endda op til en injuriersag mellem Røjel og Esther Ammundsen, fordi hun havde kaldt ham en løgnhals, men det endte dog med et forlig, da medicinaldirektøren trak udtalelsen tilbage.

Under mødet i Sundhedsstyrelsen benyttet Røjel det velkendte og effektive argumentationstrick med 'patienter, der dør', som forsvar⁴⁵. Han ville nemlig gerne indstille dialysen i Fredericia, hvis Sundhedsstyrelsen kunne skaffe plads til de to patienter, der aktuelt var i dialyse i Fredericia. Det

⁴⁵ Og en anden del af hans argumentation fik én af Sundhedsstyrelsens overlæger til at tale om falsk lægeetik som pressionsmiddel overfor lægfolk. I Røjels fremstilling hedder det, at overlægen 'senere skriftligt måtte tilbagekalde denne injurierende påstand, dog først efter et par måneders skriverier ... og efter at sagen havde været forelagt ombudsmanden til udtalelse', (8), p. 83.

kunne Sundhedsstyrelsen naturligvis ikke – og stod i realiteten uden sanktionsmuligheder, hvis en overlæge og en sygehusbestyrelse stod sammen. Derfor fortsatte dialysebehandlinger og i 1967 – kun få uger efter mødet i Sundhedsstyrelsen, blev apparat nr. 2 indkøbt, og i 1968 kom det tredje apparat til, dog under protest fra Sundhedsstyrelsen. Røjel understreger, at det skete med godkendelse af koordinationsudvalget for sygehusvæsenet i Vejle amt.

Som en udløber af sagen blev der i 1969 i Folketinget fremsat forslag til ny sygehuslov, der i § 4 stk. 2 indeholdt en formulering, som skulle forhindre gentagelsestilfælde. ”... udbygning af sygehuses virksomhed ved oprettelse af nye specialer eller ved iværksættelse af specielle undersøgelser og behandlinger, som stiller særlige krav til udstyr og erfaring, skal godkendes af indenrigsministeren, såfremt dispositionerne ikke er omfattet af en ... godkendt samlet plan”. Der rejste sig ifølge Røjel, (8), en proteststorm og ved folketingsbehandlingen blev det pågældende stykke slettet.

Sundhedsstyrelsen forsøgte på anden vis at blokere udviklingen i Fredericia ved at forsøge at forhindre, at dialyseafdelingen skulle have statsstøtte. Men indenrigsministeren underkendte Sundhedsstyrelsen primo 1970.

Men der var dog vedvarende problemer. I sygehusplanen fra 1977 står der således, at dialysebehandlingen foregår i en ’ældre kondemneret sygehusbygning, som ikke tilhører sygehuset, men kommunen’, p. 17. Det anføres, at årsagen hertil er, at man ganske vist fik samme driftstilskud, som andre centre, men ikke etableringstilskud sådan som de ’rigtige’ centre. Og ’dette ... forhold har i nogen grad været medvirkende til, at der ikke er sket væsentlig ændring i afdelingens ret primitive forhold’.

En del af forklaringen på, at dialysen forblev på Fredericia sygehus findes i 1977-planen, nemlig at man anså det som en almindelig del af den medicinske afdeling. Sygehusudvalget fandt, at der ikke var grund til at oprette et selvstændigt dialysecenter for Vejle amt med tilhørende nefrologisk specialafdeling. Dette skete i lyset af, at afdelingen var blevet en satellitfunktion af universitetssygehuset i Odense i 1971, som det første i landet⁴⁶, og deraf følgende lægevisitation og tilsyn fra Odenses side, og at patienterne var patienter som ellers under gunstigere familie- og boligforhold kunne hjemmedialyseres, var vurderingen. Havde vurderingen været en anden, dvs. behov for en nefrologisk afdeling, skulle afdelingen have været placeret i Vejle på hovedsygehuset. I stedet skulle der etableres ’radikalt forbedrede lokaleforhold’. Det kom nu til at tage tid. I 1981-planen anføres, at man forventer at kunne ibrugtage nye permanente lokaler i løbet af 1983 og i 1984-planen nævnes, at lokalerne blev ibrugtaget ultimo 1982. Ting tager tid. I 1989 blev kapaciteten udvidet, incl. ansættelse af overlægestilling i nyresygdomme. Udvidelsen blev finansieret af ’udenamtskontoen’. ’Udenamtskontoen’ er den konto, hvorfra man finansierer behandling af borgere, som skal behandles på lands- og landsdelssygehuse (oftest universitetssygehuse). I det omfang man fagligt forsvarligt kan hjemtage patienter fra universitetssygehuse er der således tale om ’besparelser’, der kan anvendes internt i amtet.

⁴⁶ Ammundsen diskuterede kort forløbet lidt mere principielt i 1970, (43), p. 246, i øvrigt med klare paralleller til diskussioner lige siden ;”...det drejede sig om, hvorvidt disse behandlinger skulle udføres på mange sygehuse eller på få. ... både de, der gik ind for en decentralisation, og de (Sundhedsstyrelsen og dens specialrådgivere) der gik ind for centralisation, i bund og grund var overbeviste om, at de tjente patienternes sag bedst ... Selv om der langs ad vejen faldt drøje ord, så er det alligevel nu bagefter rart at kunne konstatere, at der ikke mere er uenighed [med henvisning til satellitløsningen].

Det mere principielle i en sådan sag er, om det var fagligt forsvarligt at starte en sådan aktivitet op, bl.a. om det krævede særlig nefrologisk ekspertise. Med de nødvendige ændringer, kan man finde lignende problemstillinger i dagens sygehusvæsen. Røjel anfører, at han 'var overbevist om, at dialysebehandlingen af patienter i 'steady state' p.gr.a det avancerede apparatur ikke længere krævede nefrologisk ekspertise. Når man rundt om i Europa lod patienter foretage hjemmedialyse, måtte vi også kunne udføre denne behandling på Fredericia Sygehus', (8) p. 81. Det apparatur man i 1967 anskaffede i Fredericia var da også særlig udviklet til hjemmedialyse (twin-coil-kidney), og dermed ret let at betjene. Personalet havde forud for ibrugtagning været til kortere praktisk uddannelse i udlandet. Der er næppe tvivl om, at dialyse af nøje visiterede patienter var fagligt forsvarligt, hvis der var et samarbejde med et mere specialiseret center – og det lader også til, at det var dette der fik sagen til at 'lande'. I 1971 begyndte man i Fredericia at træne patienter til hjemmedialyse, bl.a. fordi man havde kapacitetsproblemer med efterhånden 20-30 patienter i dialyse, og året efter gav indenrigsministeren tilsagn om at ville støtte denne form for dialysebehandling – og Fredericia blev som nævnt et satellitcenter af Odense. I dag lægges der også vægt på kritisk masse, dels et antal patienter og/eller antal behandlinger, der gør at ekspertise opbygges og vedligeholdes, dels at området ikke bryder sammen, hvis en nøgleperson forsvinder. I 1979 var der således 'kun' 20 personer i dialyse i Fredericia, sammenlignet med fx 52 i Odense så i den forstand var Fredericia ikke en dværg. På et tidspunkt var Fredericia faktisk det fjerdestørste center i landet.

Strålebehandling af **kræft** og kemoterapi foregår normalt kun på universitetssygehusenes kræftafdelinger med Vejle Sygehus som undtagelse. I 1979 anbefalede Sundhedsstyrelsen, (70), imidlertid, at der skulle være strålebehandling på Vejle Sygehus⁴⁷. I 1983 blev onkologicitret indviet med egen strålekanon. Centeret var organiseret som et subcenter under Radiumstationen i Århus. Det blev beregnet, at 70% af den behandling, der hidtil var foregået i Århus og Odense kunne hjemtages. Der blev ikke i første omgang etableret et sengeafsnit, men der blev reserveret fire senge på medicinsk afdeling med henblik på særlig intensiv behandling og pleje af onkologiske patienter. I 1990 blev der oprettet en egentlig sengeafdeling. Finansiering skete over 'udenamtskontoen' ved yderligere hjemtagelse af patienter fra Odense og især Århus.

Øjenafdelingen blev som amtsspeciale samlet på Vejle Sygehus i 1984, da overflytningen af afdelingen i Kolding⁴⁸ blev gennemført. Afdelingen i Vejle fik først egen overlæge i 1979, men først kritisk masse ved sammenføringen med Kolding. Afdelingen var landets første til at ændre specialet fra overvejende medicinsk til kirurgisk og blev det første af flere eksempler på, at et provinssygehus i Vejle også kunne konkurrere med universitetshospitalerne på indførelsen af moderne teknikker og sundhedsfaglig nytænkning. Dette viste sig bl.a. ved indførelse af sammedagskirurgi for grå stær i moderne omgivelser (flyverstole til, som patienterne kunne hvile i efter operationen, lyse lokaler osv.) Disse faciliteter blev ibrugtaget i 1990 – og viste vejen på landsplan, ligesom det internt i amtet fungerede som 'øjenåbner' for mulighederne for sammedagskirurgi.

Med én undtagelse, Vejle Sygehus, findes der ikke **klinisk genetiske afdelinger** uden for universitetssygehusene. Forklaringen er 'historisk'. På forsorgscenteret i Bregning havde der været

⁴⁷ Noget tyder på, at der havde været overvejelser tidligere. I 1977-sygehusplanen hedder det "På Vejle sygehus har man på grund af den pågående byrdefordelingsdiskussion omkring de tidligere statssenge [... på Radiumstationerne] endnu ikke fundet opportunt at sætte afdelingen for stråleterapi i drift".

⁴⁸ I sygehusplanen fra 1977 noteres, at 'den regionale øjenkirurgi i Kolding, der som en slags landsdelsspeciale faldt uden for de amtskommunale normer'. Dette skyldtes, at afdelingen på Kolding Sygehus behandlede øjenkirurgiske patienter fra Sønderjyllands Amt og Ribe Amt. Men da sygehusene i Sønderborg og Esbjerg omkring 1977/78 fik egne øjenkirurgiske afdelinger, faldt begrundelsen for Koldings særstatus dog væk.

et kromosomlaboratorium, der foretog postnatale kromosomundersøgelser overvejende på klienter fra centeret. Gennem hjemtagelse af de prænatale undersøgelser skabtes det finansielle grundlag for oprettelse af en egentlig klinisk genetisk afdeling, der så dagens lys i 1986, (71). I amtstiden havde afdelingen lands-og landsdelsfunktioner for Vejle og Ribe Amter.

Som et sidste eksempel på specialisering kan nævnes, at da man indførte **IVF-behandling** i 1994 på Brødstrup var det første gang uden for universitetssygehusene (se afsnittet om IVF-klinikken)

Psykiatriplanlægning

Psykiatrien blev overdraget til amterne i april 1976, og året efter pålagde indenrigsministeriet amterne at udarbejde en plan for det psykiatriske sygehusvæsen. Hertil var der udarbejdet vejledende retningslinjer, tekstboks 5. Udgangspunktet var godt: Vejle Amt havde ikke et stort statshospital, og udbygningen af psykiatrien ved amtets sygehuse var påbegyndt i 1960'erne, således at det somatiske og psykiatriske sygehusvæsen blev et integreret hele i Vejle Amt og dermed også spejlede den faglige udvikling. I 1976 var der omkring 400 Vejle Amt-borgere på statshospitalerne, medens omkring 100 patienter i behandling på sygehusene i amtet. Der forelå således en stor 'hjemtagningsopgave' af patienter, der for nogens vedkommende havde været årevis på statshospitalerne.

På mange måder illustrerer psykiatrien, om amterne formåede at skabe noget nyt, fordi hovedparten af psykiatrien indtil 1976 var statslig. Vejle Amt slap godt fra denne opgave, som de i parentes også gjorde det med særforborgens udlægning.

I løbet af 1950'erne havde behandlingen af psykiatriske patienter ændret sig, fordi der var udviklet virksomme psykofarmaka og nye muligheder i psykoterapi. Opfattelsen af psykisk sygdom ændrede sig gradvist til at ligge på linje med opfattelsen af somatisk sygdom, herunder at de lange, ofte livslange, indlæggelser (på statshospitaler og dertilhørende H-plejehjem) kunne erstattes af korte indlæggelsesforløb og ambulant behandling. I lyset af denne udvikling var det naturligt at se somatiske og psykiatriske sygehuse som et hele, hvilket også var grundsynspunktet i en betænkning fra bl.a. Dansk Psykiatrisk Selskab, (43;72;73). Det blev amternes opgave at afvikle statshospitalerne og sikre en moderne psykiatri og afhjælpe den stedmoderlige behandling området havde haft i statslig regi, ligesom der var enighed om, at staten havde været en dårlig sygehusejer, (74).

I amterne havde der dog siden først i 70'erne været en forventning om, at psykiatrien ville blive flyttet fra staten til amterne⁴⁹, ligesom der ved flere amtssygehuse var blevet oprettet psykiatriske afdelinger i forbindelse med de somatiske sygehuse. Slagelse Centralsygehus fik i 1955 som det første sygehus uden for København en psykiatrisk afdeling, finansieret efter 'Københavnmodellen', hvor staten betalte for driften af de kommunalt/amtsligt drevne afdelinger, (76).

Situationen i Vejle Amt var, at man på Horsens Sygehus, (1), havde lavet en speciel løsning ved indgangen til amtsæraen. Man åbnede et statsligt psykiatrisk ambulatorium i 1969, og i 1971 åbnede man en amtslig sengeafdeling på 20 senge. Personalet på ambulatoriet var statsligt ansat, incl. overlægen, medens sengeafdelingens personale var amtsligt ansat. Her fik man egen amtslig

⁴⁹ Ifølge Bjerrum, (75), havde indenrigsministeren allerede i 1968 gjort det klart, at psykiatrien var én af de statsopgaver, der ville blive overført til amterne. Det var bl.a. uenighed om de økonomiske betingelser, der fik sagen til at trække i langdrag, bl.a. fordi amterne og psykiaterne var bange for, at der ikke ville være midler nok til et tidssvarende psykiatritilbud, fordi staten havde forsømt opgaven.

overlæge i 1973. Den usædvanlige konstellation sluttede med amternes overtagelse af den samlede psykiatri i 1976.

Vejle Sygehus åbnede i 1965 en psykiatrisk sengeafdeling med 20 senge og havde allerede i 1964 ansat overlæge og afdelingssygeplejerske, (77). Som en del af begrundelsen for at oprette en afdeling blev der henvist til gode erfaringer fra Slagelse Centralsygehus. Afdelingen var i 1970 udvidet til 55 sengepladser. Afdelingen havde fra begyndelsen af tilsynsvirksomhed på sygehusene i Fredericia, Kolding og Give. I lyset af den senere udvikling af distriktspsykiatrien kan det noteres, at afdelingen allerede i 1967 omtaler dette dengang nye fænomen: 'I udlandet ...taler [man] om distriktspsykiatri ... Den psykiatriske afdeling i Vejle vil gerne deltage i denne udvikling'. Det skulle med tiden udvikle sig til en model, som blev kendt som Vejle Modellen, (77).

Afdelingen kom ikke til verden uden sværdslag, fordi det statslige Direktoratet for Statshospitaler oprindeligt havde andre planer for udviklingen af psykiatrien i Vejle Amt, nemlig et psykiatrisk (stats)hospital i henholdsvis Horsens og Kolding, medens der i Vejle skulle være et psykiatrisk plejehjem (såkaldt H-plejehjem). Da afdelingen i 1966 ønskede endnu en overlægestilling blussede striden op igen, og Direktoratet ville ikke umiddelbart tiltræde sygehusbestyrelsens ønske og Kolding støttede dette. I afdelingens 25-års jubilæums skrift hedder det, at 'denne stillingskrig varede i godt 1 ½ år, førte til utal af møder og forhandlinger bag såvel åbne som lukkede døre ...', men endte med, at overlæge nummer to blev ansat.

Måske som følge af de oprindelige planer om et statshospital i Kolding, (9), p. 72-73, var der ikke en psykiatrisk afdeling på Kolding Sygehus ved indgangen til 1970'erne. I 1973 blev der imidlertid ansat en overlæge ved afdelingen i Vejle, som skulle forberede oprettelsen af en afdeling i Kolding. I 1976 blev der åbnet en psykiatrisk sengeafdeling med 38 senge i lokaler på det gamle Kolding Sygehus.

Endelig var der i Vejle Amt det private Jysk Nervesanatorium, hvor man behandlede lettere og mellemsvære neuroser. Vejle Amt benyttede ca. 20% af kapacitet på 100 senge.

I Vejle Amt kan man i interimplanen fra 1972 og sygehusplanen for 1975-1990 se afsnit om psykiatrien, men den første selvstændige psykiatriplan kom først i 1978, (78).

I overensstemmelse med tanken bag hovedsygehuse blev det i interimplanen fastslået, at børnepsykiatri skulle placeres på Vejle Sygehus, medens man var afventende på øvrige områder, ikke blot på grund af statens rolle, men også på grund af økonomiske overvejelser: '[fordi der ikke] er truffet endelig beslutning om byrdefordeling mellem staten og amtskommunerne i denne henseende'. I planen var der dog en beregning af de forventede sengebehov baseret på (urealistiske) normtal og en fortsættelse af statshospitalerne.

Grundtrækkene for psykiatrien i amtet blev opridset i sygehusplanen fra 1977, (62). Udgangspunktet var to skitser, som amtets egne psykiatere havde udarbejdet og illustrerer det nære samarbejde mellem klinikere og forvaltningen, som altid har været et kendetegn for amtet. Planen fulgte groft taget anvisningerne i planlægningsretningslinjerne fra Indenrigsministeriet: Bliv selvfor-synende og sats på distriktspsykiatrien (uden angivelse hvad og hvordan).

Grundideen i amtets plan var en integreret distriktspsykiatrisk service baseret på udstrakt ambulat virksomhed med så få institutionssenge som muligt. Arbejdet skulle udgå og koordineres fra 3

psykiatriske centre i Horsens, Vejle og Kolding. Et center skulle være integreret i det somatiske sygehus og have et ambulatorium, et daghospital, en distriktspsykiatrisk service, 75 senge på åbne afsnit og 25 på et lukket afsnit, dvs. i alt 100 senge. Dette skulle være slutsituationen frem mod 1990 (set fra 1977). Og det anføres, at 'sygehusudvalget skønner, at minimumsbehovet i 1990 under alle omstændigheder nok vil nærme sig de 300 senge'. Hertil kom to plejehjem ved hvert center med hver 50 senge, dvs. 200 senge per center og således 600 senge på amtsniveau i 1990. Det skulle vise sig at være en voldsom overvurdering – og viser, ligesom ved den somatiske planlægning, hvor svært det er at lave blot nogenlunde sikre prognoser. Det faktiske sengetal, excl plejehjem, omkring 1990 var knap 200, (74).

Den egentlige psykiatriplan fra 1978 indeholder en række grundprincipper. Den psykiatriske funktion i amtet skulle bygge på nærhedsprincippet, dvs. patienterne skal behandles så tæt på bopælen som tilstanden muliggør, herunder at patienter ikke bør i kontakt med sygehus, hvis tilfredsstillende behandling kan ske ved almen- og/eller praktiserende speciallæge. Det fremhæves, med dagens sprogbrug, at der er behov for sammenhængende og koordinerede patientforløb:

"En væsentlig forudsætning for, at dette princip kan følges er, at mulighederne forbedres for at foretage en samlet tilrettelæggelse af undersøgelses-/behandlings-/plejeforbet for en patient i sygehussektoren, den primære sundhedssektor og socialsektoren under eet'.

Der sigtes endvidere mod, at amtet på sigt skulle blive selvforsynende med undersøgelses-/behandlings- og plejetilbud. Amtet blev opdelt i fire distriktspsykiatriske zoner sammenfaldende med de somatiske zoner. Det betød at Fredericia-området fik en art opprioritering, om end der indledningsvis skulle ske betjening fra Kolding. Endelig anføres, at udbygningen skulle foregå inden for de økonomiske rammer, som er vedtaget af amtsrådet. Dette er på den ene side indlysende men også en pegfinger om, at udbygningsplanerne ikke var garanteret finansiering, om end amtet over ti år ekstraordinært fik tilført 8 mio. kr. per år til psykiatrien.

På såvel det psykiatriske som det somatiske område satte ændrede økonomiske vilkår et kæp i hjulet på for ambitiøse (udbygnings)planer. Det udtrykkes tørt og kontant i 1984-sygehusplanen:

"De oprindelige planer var ... karakteriseret af et ambitionsniveau, som senere langsomt neddæmpedes på grund af dels de økonomiske realiteter og dels ændrede forudsætninger. ... Siden 1979 en kraftig opbremsning i de økonomiske muligheder som følge af henstillinger eller direkte indgreb fra de skiftende regeringers side. Det måtte derfor en radikal omvurdering til af de hidtidige planer ...", (48), p. 5

Prognosemæssigt blev det samlede sengetal i 1978-planen, excl. plejehjem, nedjusteret til 270, hvoraf 20 på sigt skulle være i Fredericia, men samtidig burde der 'byggeteknisk åbnes mulighed for en 25-35%'s udvidelse'. Hertil kom, at de nu var et skønnet behov for 3 x 50 H-plejehjemspladser, men man ville dog ikke afvise et yderligere behov for 50 pladser i hvert af de distriktspsykiatriske områder. Igen ser man stor usikkerhed omkring kapacitetsberegningen.

Plane indeholdt en udførlig beskrivelse af modellen for distriktspsykiatrien.

Med psykiatriplanen fra 1978 og sygehusplanen for 1977 var grundlaget for selvstændigt, fagligt ajourført og selvforsynende, excl. retspsykiatri, amtsligt psykiatritilbud blevet lagt som erstatning for den statslige psykiatri. Det var afsat investeringsmidler til at udbygge de psykiatriske hospitalsafdelinger.

I sygehusplanen fra 1981, (47), kan man følge udviklingen. På grund af økonomiske problemer var planrealiseringen udsat med 3 ½ år. Man regnede dog med, at nybyggerierne i Horsens og Kolding

ville være færdiggjort i 1985/1986, medens planerne i Fredericia blev udskudt på ubestemt tid (og faktisk aldrig gennemført!). Fx blev der i 1983/1984 ibrugtaget en nybygget psykiatrisk afdeling i Kolding, og det samlede byggeri var afsluttet i 1986, og der blev endvidere bygget et psykiatrisk H-plejehjem (Marielund) i midten af 1980'erne, men med 36 pladser, ikke 50 som planlagt. I Vejle løste man spørgsmålet om H-plejehjem ved, at sygehuset i Hornsyld blev omdannet til H-plejehjem med 30 pladser underlagt Vejle afdelingen – og sygehuset ophørte med at have somatiske funktioner i 1985.

I sygehusplanen fra 1985 erkender man, at det beregnede kapacitetsbehov havde været for stort. Således blev det psykiatriske sengebehov reduceret fra 1981-planens knap 350 senge til 236 i 1996. Man havde tydeligvis forbygget sig. Ved omtalen af Horsens sygehus hed det, at kun 55 af den nye psykiatriske afdelings 75 senge anvendes til psykiatrimål, medens resten 'holdes i beredskab'. For Kolding Sygehus hedder det, at 'af det oprindelige psykiatribyggeri på 75 udlånes 40 senge til somatiske formål. Til gengæld anvendes 18 af H-plejehjemets 36 senge til aktiv psykiatri.' I Vejle skulle der i 1986 som noget nyt bygges et daghospital med 40 pladser. Det blev indviet i 1986. H-plejehjemmet i Hornsyld blev udvidet til at have 50 sengepladser.

H-plejehjemmene skal ses i nøje sammenhæng med hjemtagningen af langtidspatienter fra statshospitalerne. I 1985 var der kun indlagt 41 patienter fra Vejle-området i Middelfart, og heraf var 21 over 70 år, (77). Udbygningen i Hornsyld havde muliggjort en drastisk reduktion i brugen af bl.a. Middelfart. Denne tørre statistiske oplysning dækker over en stor ændring i psykiatrien i de 10 år, der var gået fra at staten overførte psykiatrien til amtet. På amtsniveau anføres i sygehusplanen, at der stadigvæk var 110 Vejle Amt borgere i Risskov, Middelfart eller Augustenborg, og at 40 heraf kunne hjemtages til H-plejehjem og andre 40 til A og C-plejehjem (plejehjem i amtets socialvæsen).

I 1987 overførtes ansvaret for H-plejehjem fra sygehussektoren til det amtslige socialvæsen, men de lægelige opgaver udførtes fortsat fra de psykiatriske afdelinger.

I 1985 blev sygehusloven ændret, og det blev fremhævet, at fremtidens planlægning skulle foregå som temaplanlægning. Derfor blev 1984-sygehusplanen den sidste af de traditionelle planer. I temaplanerne var det hensigten, at planlægningen skulle gå på tværs af sektorer. Man nedtonede den talmæssige del af planlægningen og lagde mere vægt på den proces, planlægningen sætter i gang på tværs af faggrupper og sektorer.

Sundhedsministeriet gjorde psykiatrien til det første tema i den nye form for planlægning. Amterne skulle indsende deres planer inden 1. april. Ministeriet udsendte i 1988 '90ernes psykiatri. Oplæg til temaplanrunde 1989-90', (79). Heri blev der gjort status og kigget fremad. I sammenfatningen af erfaringerne blev det fremhævet, at distriktspsykiatrien og sygehusenes psykiatriske afdelinger ikke skulle betragtes som modsætninger. Et særkende ved Vejle Amt var, at det aldrig havde været tilfældet og at amtet var førende på området, bl.a. med distriktssygeplejersker. Betydningen af den alment praktiserende læges centrale rolle blev fremhævet. Også her havde Vejle Amt været på forkant. Betydningen af samordning med kommunerne blev ligeledes fremhævet. Også her kunne man i Vejle Amt konstatere, at man havde været godt med. Sammenfattende kunne man i 1988 konstatere, at amtet havde løftet psykiatriopgaven på udmærket vis og var i overensstemmelse med centrale anbefalinger.

Det skal særskilt nævnes, at man i børnepsykiatrien havde været stillet over for en særlig udfordring i forbindelse med Sørforsorgens overgang til amterne i 1980. Det blev i lovgivningen fremhævet,

at de tidligere særforborgspatienter skulle ligestilles med andre borgere, herunder også med hensyn til behandling i sygehusvæsenet. I Vejle amt var det en særlig udfordring på grund af Brejning med omkring 1.500 beboere. I Hvidbogen, (80), noteres, at allerede 3 år efter udlægningen var 1/6 af de åndssvage børn og unge i amtet henvist til børnepsykiatrisk ambulatorium. Der er ikke tvivl om, at det har krævet nye arbejdsformer, at tackle denne opgave, men i Hvidbogen konstateres, at 'særforborgsklienternes tilknytning til det normale sygehussystem inden for det børnepsykiatriske speciale har efter alt at dømme fungeret tilfredsstillende [for alle parter]', (80), p. 44.

Praksisplanlægning

Blikket vendes nu mod praksissektoren og praksisplanlægning. I sygekassetiden havde der, med undtagelse af København, været fri nedsættelsesret for alment praktiserende læger, dvs. enhver (autoriseret) læge kunne nedsætte sig som praktiserende læge og komme ind under sygekasseordningen og dermed modtage betaling fra sygekassen for behandling af patienter. En kombination af sygekassernes nedlæggelse, tidens almindelige tro på, at planlægning bringer system og orden i tingene, ønsket om én eller anden form for styring af praksissektoren, en bekymring for at store lægeårgange ville føre til for mange praktiserende læger osv. førte imidlertid frem til en planlægningsbestemmelse i overenskomsten fra 1976, (se tekstboks 5).

Umiddelbart kan 'liberalt erhverv' og 'planlægning' lyde som noget modstridende, men såvel de praktiserende læger som offentlige myndigheder så et (vist) behov for planlægning, omend med forskellige begrundelser. Og slutresultatet blev da også derefter, uanset ambitionerne. Forklaringen er dels organisatorisk (praksissektoren placeret i amtets social- og sundhedsudvalg og det somatiske og psykiatriske sygehusvæsen i sygehusudvalget), dels at området ikke, som det var tilfældet for sygehusene, var ubetinget under amtslig kontrol: Kun finansieringen var amtslig, og området var overenskomstreguleret- og styret.

Set fra lægeside udtryktes det på følgende måde:

"Såfremt tilgangen skete hurtigere, end almen praksis kunne absorbere den, og der derved opstod illoyal konkurrence mellem lægerne og kaos på lægemarkedet, kunne man forvente, at sygesikringen ville stille krav om én eller anden form for praksisregulering ...", p. 91, (41).

På lægeside anså man én eller anden form for anderledes styring end i sygekassetiden som uundgåeligt, og Praktiserende Lægers Organisation, PLO, havde allerede i 1971 nedsat et praksisplanlægningsmetode-udvalg, der i det efterfølgende par år udsendte flere oplæg, (41).

På den politiske front udtrykte daværende socialminister⁵⁰ Eva Gredal det på følgende måde i maj måned 1976, hvor der efter en overenskomstløs periode med de praktiserende læger og en intens forhandling, var indgået aftale om en ny landsoverenskomst mellem Sygesikringen og PLO:

"Med den nye landsoverenskomst er der opnået et af de grundlæggende udgangspunkter for, at det offentliges interesser i den primære sundhedstjeneste kan sammenfattes i en egentlig planlægning. ... Overenskomsten er endvidere et udtryk for en fra alle sider markeret interesse for en egentlig praksisplanlægning. ... vi [kan] for alvor tage fat på [en] afklaring af de mangesidede forbrugerinteresser. Blandt de hensyn ... som praksisplanlægningen skal tilgodese er 1. en tilpasning mellem praksissektor og sygehusvæsen, 2. en tilpasning mellem lægepraksis og speciallægepraksis, 3. en tilpasning mellem lægepraksis og det primære kommunale og amtskommunale social- og sundhedsområde, herunder ikke

⁵⁰ Sygesikringen hørte under Socialministeriets ressortområde frem til dannelsen af Sundhedsministeriet i 1987.

mindst hjemmesygepleje og sundhedsplejeordningerne ... 4. En hensigtsmæssig geografisk fordeling af de alment praktiserende læger [for] at sikre befolkningen en rimelig ensartet lægebetjening overalt i landet”, p. 48,

Her ser man tydeligvis interessen for samordning og ideen om et samlet sundhedsvæsen. Ønskerne, som Gredal udtrykte i 1976, genfinder man den dag i dag og viser, hvor svært det er at skabe et sammenhængende sundhedsvæsen. Vejle amts arbejde hermed fremgår af næste hovedafsnit.

I juni 1978 var den første plan for almen praksis i Vejle Amt klar – og kom grundlæggende til at holde indtil 2001, uanset at den aldrig, som formalia krævede, blev godkendt af Landssamarbejdsudvalget. Den dækkede perioden frem til 1983 (men blev først lettere ajourført først i 90erne og revideret i 2001 og 2004, (81)). Formålet med planen var at sikre en rimelig lægedækning, herunder at praksissektoren udvikles under hensyntagen til andre sociale og sundhedsmæssige foranstaltninger, herunder sygehusvæsenet. Som planlægningsdokument var planen ikke imponerende og uden visioner og nyskabelser. Spørgsmålet om samordning med sygehusvæsenet og praktiserende speciallæger berøres for praktiske formål ikke⁵¹. Det udtrykker utvivlsomt et grundlæggende planlægningsdilemma, når en offentlig sektor og et liberalt erhverv i fællesskab skal opbygge et samlet hele, altså et samordnet sundhedsvæsen.

Planen inddelte amtet i 19 praksisområder, som blev klassificeret efter, om de var åbne for nynedsættelser eller ej. Alle var i udgangssituationen lukkede, dvs. praktiserende læger kunne ikke nedsætte sig og få ydernummer, dvs. ret til at modtage afregning med sygesikringen. Tildeling af ydernumre blev således den centrale styringsparameter – og er det fortsat. Samtidig begyndte man at fastlåse antal patienter per praktiserende læge. Dette redskab, fx 1.500 tilmeldte patienter per læge, blev det reelle styringsinstrument for nedsættelse af nye praktiserende læger. Normtallet blev (og bliver) fastlagt i landsoverenskomsten.

For praktiserende speciallæger kom der også gradvist planlægningsbestemmelser ind i overenskomsterne for de forskellige specialer. Formålet udtryktes på samme måde som for almen praksis. I § 11 i overenskomsten for anden speciallægehjælp end øjen- og ørelægehjælp ved, at praksisplanen udarbejdes med henblik på at sikre koordinering og samordning af den ambulante speciallægebetjening inden for sygehusvæsenet. Der skulle også udarbejdes retningslinjer for planlægningen men så sent som i 1988 var de ikke blevet udarbejdet. Med andre ord: På landsplan og i Vejle Amt var der ikke en reel planlægning, om end der gradvist blev større og større kontrol med tildelingen af ydernumre.

Der blev dog i 1983 uarbejdet en praksisbeskrivelse for området i 1983. Følgende formulering i et notat fra oktober 1988 om emnet fra kontorchef Jørgen Astrup viser, hvorfor der kunne være problemer med at virkeliggøre ambitionerne: 'Arbejdsgruppen [for udarbejdelse af en praksisbeskrivelse] havde ikke været i stand til at udarbejde afsnit 6 i rapporten vedrørende Ambulatorievirksomhed på amtskommunens sygehus'. Som grund blev angivet måle- og dataproblemer, men illustrer utvivlsomt også samarbejds- og forståelsesproblemer mellem de to del af sundhedsvæsenet⁵².

⁵¹ Retfærdigvis skal bemærkes, at retningslinjerne fra Landssamarbejdsudvalget (mellem Sygesikringen og PLO), på ingen måde lagde op til dette. Fokus var alene på praksisregulering/praksisområdeinddeling.

⁵² Der kan gemme sig meget bag uskyldige formuleringer. I nævnte notat omtales, at § 23 stk-4-udvalgte i 1983 nedsatte er særligt udvalg, der skulle se på ambulatorievirksomheden. Det hedder lakonisk i notatet: 'Denne arbejdsgruppe kom aldrig i gang med sit arbejde'. Samtidig kan man i Sundhedsstyrelsens statistiske opgørelse for Aktiviteten i Sygehusvæsenet 1983 notere, at der fandtes opgørelser over ambulante besøg for Vejle Amt.

Der blev dog udarbejdet praksisplaner for demato-venerologi i 1985 hvor man bl.a. flyttede en praksis fra Horsens til Vejle for at skabe geografisk balance.

Udarbejdede praksisplaner var i princippet en forudsætning for nynedsættelse af praktiserende speciallæger og overdragelse af praksis. Der kunne dog bortses herfra og § 23 stk. 4-udvalget behandle ansøgninger uden plangrundlag og kunne styre udviklingen på området på denne måde, dvs. som for almen praksis via tildeling af ydernumre.

FRA SYGEHUSUDVALG TIL SUNDHEDSUDVALG

Omkring midten af 80'erne var store dele af 70'ernes udfordringer mødt. Der var opbygget et (nogenlunde) samordnet somatiske sygehusvæsen med ét hovedsygehus. Bygningsstandarden var rimelig. Den faglige standard og specialisering var god for et amt af Vejles Amts størrelse. Psykiatrien var blevet etableret som et integreret led af i sygehusvæsenet med sygehusbaseret distriktspsykiatri som en hjørnesteen og viste på nogle områder vej. Jordemodervæsenet var blevet integreret i sygehusvæsenet. Endelig var praksisplanlægningen i god gænge, i det mindste den styringsmæssige del vedrørende nynedsættelser og geografisk placering af praksis. Det skal også noteres, at integrationen af bl.a. sygehusafdelingen på Brejning i forbindelse med overdragelsen af Særforsorgen til amterne i 1980 var forløbet godt. En sidegevinst var i øvrigt, at amtet fik en klinisk genetisk afdeling ved Vejle Sygehus, noget aldeles usædvanligt uden for universitetssygehusene, jfr. ovenstående omtale.

I 1987 udgav Amtsrådet en 'Hvidbog om udviklingen inden for Vejle amts sygehusvæsen 1981-1985', (80). Amtsborgmesteren betoned i indledningen, at sigtet ikke var at beskrive hverken, hvor godt eller hvor dårligt det stod til, men hvordan sygehusvæsenet rent faktisk havde været for borgerne i Vejle amt, og hvad det kostede. Meningen var hverken at skrive et anklageskrift eller forsvarsskrift.

I Hvidbogen konstateres, at der uanset 'sparerunder' fra 1981 til 1985 havde været tale om en samlet økonomisk vækst på 10% i faste priser, dvs. korrigeret for inflation. Om den demografiske udvikling, der i tide og (især) utide påkaldes som forklaring på udviklingen, noterede man – med understregning – at for de somatiske specialer forklarede den i bedste fald en syvendedel af den samlede stigning i indlæggelsestallet. Der havde været plads til en betydelig lægefaglig udvikling med ibrugtagning af nye behandlingsmuligheder. Hvidbogen indeholder 30 siders redegørelse herfor. Der nævnes ikke blot nye metoder men også udbredelse af eksisterende metoder til større og større patientgrupper. Dette er den eneste måde, hvorpå man kan forstå udviklingen i sundhedsudgifterne!

Organisatorisk nyskabelse 1987

I midten af 1980'erne åbnede Indenrigsministeriet op for mere fleksible politiske udvalgsstrukturer i amter og kommuner. Det benyttede man sig af i Vejle Amt i forbindelse med overvejelser om genbesættelse af amtssygehusdirektør-stillingen⁵³, idet direktøren fra 1970, J. Tilsted Pedersen døde i 1986. Resultatet blev, at man i fremtiden ønskede at se praksis-sektoren og sygehusvæsenet under

⁵³ Amtet havde en generel og god politik gående ud på, at man ved besættelse af ledende stillinger skulle overveje strukturen i den relevante del af organisationen.

ét samt en opprioritering af forebyggelse og forsøgsvirksomhed. Derfor oprettede man et sundhedsudvalg og ansatte en amtssundhedsdirektør (nærværende forfatter), der tiltrådte august 1987. Han skulle stå i spidsen for en nydannet sundhedsforvaltning, hvor ansatte fra den tidligere sygehusforvaltning blev blandet med ansatte fra sygesikringen, hvilket var lidt af en kulturrevolution, fordi der blev fokuseret på et samlet sundhedsvæsen og samspillet mellem sygehusvæsen og praksissektoren, ligesom det forebyggende arbejde skulle opprioriteres. Som tidligere nævnte kopierede 8 amter i løbet af få år denne ordning. I Vejle amt skete det imidlertid i modsætning til fx Viborg og Nordjylland amter uden 'byttehandel' med psykiatrien, dvs. man skilte psykiatrien fra det somatiske sygehusvæsen og flyttede det til Social-og sundhedsudvalget med egen forvaltning til gengæld for, at dette udvalg så afgav sygesikringsområdet. I Vejle amt var det somatiske og psykiatriske sygehusvæsen én enhed indtil 1999, og ændringen var ikke nogen politisk 'byttehandel'.

Vejle Amt traf et usædvanligt og modigt valg ved besættelsen af stillingen som amtssundhedsdirektør. Det var en leder uden egentlig ledererfaring, men med stor indsigt i sundhedsvæsenet fra arbejdet som lektor og professor i sundhedsøkonomi ved det daværende Odense Universitet. Han havde været med i indenrigsministerielt udvalgsarbejde om almen praksis, ligesom han var formand for indenrigsministerens Centrale Forebyggelsesråd. Forskningsmæssigt havde han beskæftiget sig med mange dele af sundhedsvæsenet og blandt andet været med til at udvikle den model for medicins teknologivurdering, der den dag i dag fortsat bruges i Danmark. Med den baggrund kunne han måske bedre end så mange være med til at sikre, at storbror, sygehusvæsenet, ikke kom til at dominere al tænkning på bekostning af praksissektoren, forebyggelse og sundhedsfremme samt forsøgsarbejde.

Forvaltningen blev reorganiseret. Som bevidst signalgivning om noget nyt blev der oprettet et særligt kontor for forebyggelse og forsøg. Hermed begyndte en udvikling, der gav Vejle Amt en førestilling på forebyggelsesområdet. Der blev ansat en ung og iderig kontorchef, Leif Vestergaard Pedersen var amtssundhedsdirektør i Vejle Amt fra 1995 til 2000 og er i dag direktør for sundhedsområdet i Region Midtjylland. En betydelig del af den nytænkning, der kom til at præge sundhedsområdet i Vejle Amt havde rod i hans begejstring, entusiasme og iderigdom.

Som nævnt tidligere blev der tidligt tænkt på faglig rådgivning til sygehusudvalget. For at sikre bredde i rådgivningen i sundhedsudvalget blev der udpeget tre faglige rådgivere: En overlæge, en praktiserende læge og en forstanderinde/sygeplejedirektør. De praktiserende speciallæger blev også tilbudt en plads, men valgte ikke at tage mod tilbuddet. De faglige rådgivere deltog i alle sundhedsudvalgets møder og kun blev kun sat udenfor døren i forbindelse med særlige personsager. Fremmødeprocenten var meget høj – nok 95%.

Denne form for rådgivning er vigtig af flere årsager. For det første på grund af den særlige ekspertise rådgiverne tilfører udvalget. For det andet fordi det skaber transparens. 'Mystik' og misforståelser som følge af lukke møder med sparsomt referat⁵⁴ af drøftelserne undgås, og uanset at der i princippet var fortrolighed omkring drøftelserne under møderne, blev der utvivlsomt refereret flittigt i fagkredse – hvilket faktisk også var tilsigtet! Der var jo reelt set ikke noget at skjule. Mange amter har misundt Vejle Amt denne form for åbenhed, fordi man misforståelser og mytedannelser er undgået på denne måde. Endelig skaber en sådan ordning for det tredje tillid. Der

⁵⁴ Et typisk referat bestod i a) en udførlig sagsfremstilling, b) en indstilling fra forvaltningen/direktøren og c) angivelse af, om indstillingen blev tiltrådt, og/eller evt. ændringer i indstillingen. Der var således intet referat fra drøftelserne, om end medlemmer kort kunne få ført dissens til referat.

er ikke tvivl om, at især den praktiserende læge var vigtigt som et memento om, at sundhedsvæsenet var andet og mere end sygehusvæsenet – og det var han god til.

Ændringerne og nyskabelserne i kølvandet heraf førte til, at man i en artikel i Ugeskrift for Læger i 1991 begyndte at tale om 'model Vejle Amt' som bl.a. indeholdt et usædvanligt langt 4 sideres interview med amtssundhedsdirektøren, (82). Interviewets overskrift lød 'kreativitet skab under pres' – og illustrerede, at selv i en periode, hvor det danske sygehusvæsen var udsat for en reel nedskæring⁵⁵ kunne det skabes og tænkes nyt. Dette nye fremgår bl.a. af den følgende omtale af sundhedsplanlægning og hovedafsnittet med eksempler på Vejle Amt initiativer.

Sundhedsplanlægning a la modum Vejle Amt 1988-1991

Vejle Amt førte an i planlægningstænkningen ved at indføre sundhedsplanlægning. Processen strakte sig fra efteråret 1988 til vedtagelsen i amtsrådet i marts måned 1991. Det lidt langstrakte forløb skyldtes, at man undervejs måtte inddrage en omfattende strukturændring i sygehusvæsenet, jfr. senere. Det kostede mindst ét år. Årsagen var, at der var betydelige økonomiske problemer i Vejle Amt, og at sundhedsudvalget var blevet pålagt en besparelse på knap 100 mio. kr., jfr. foranstående afsnit om planlægning i kontekst.

Som en del planprocessen offentliggjorde sundhedsforvaltningen en pjece om, hvad sundhedsplanlægning var, (84). Hidtil havde planlægningen været sektorplanlægning: Somatiske sygehuse, psykiatri, fødselsbetjening og praksis. Hertil kom, at planlægningen i høj grad havde været rettet mod planlægning af kapacitet og dermed de fysiske rammer og i langt mindre grad 'indhold'.

Sundhedsplanlægning skulle være andet og mere end summen af sektorplanlægning. Det skulle være en helhedsplanlægning, hvor sektorplanerne naturligt ville en være del, med hertil kom vægtlægning af samarbejde og koordinering i bred forstand, incl. kommuner samt forebyggelse og sundhedsfremme. Det skulle være en helhedsplanlægning. Hertil kom, at man tilføjede en ny dimension til planprocessen, nemlig en ide- og debatfase forud for det egentlige planlægningsarbejde. Inddragelse af brugerønsker og personaleønsker var blevet en del af moderne planlægning og skulle derfor medtages. I det hele taget blev planprocessen og især dens bredde tillagt meget større betydning, end hvad man havde været vant til. Tidligere havde det centrale være resultatet, altså planen, medens inddragelse af andre interessenter end de specialiserede sundhedsfaglige stort set ikke havde været tilgodeset.

- ide-og debatfasen

Det startede i foråret 1988 med udsendelse af et spørgeskema til 3.500 tilfældigt udvalgte borgere i amtet. Det var første gang man i Danmark i et sådan omfang og så detaljeret spurgte borgerne om forhold i sundhedsvæsenet og deres ønsker. 60% returnerede spørgeskemaet, og der var ca. 200 telefoniske og skriftlige henvendelser.

⁵⁵ Der tales ofte om 'besparelser og nedskæringer'. Hvis man ved besparelser forstår, at der samlet set stilles færre ressourcer til rådighed (et mindre budget end foregående år). har det kun været tilfældet i Danmark sidste i firserne og det første år i halvfemserne og begyndelsen af 80erne. 'Besparelser' er i daglig sprog snarere lig med at vækstønsker bevillingsmæssigt ikke bliver helt så store som ønskede. Selvfølgelig kan der være delområdet, der reelt får færre ressourcer, men de samlede ressourcerammer er præget af vækst – en vækst, der procentvis har været stigende fra primo halvfemserne og frem til amtstidens ophør, (83).

Der blev spurgt bredt og dybt med vægt på at se på hele sundhedsvæsenet, (85;86): 1. tilfredshed med sundhedsvæsenet (78% var godt eller meget godt tilfredse) – det er i dag rutine med sådanne tilfredshedsundersøgelser, den gang var det nyt. 2. hvad kan forbedres i sundhedsvæsenet (mindre ventetid, så vidt muligt kun én læge, længere konsultationstid hos den praktiserende læge osv..), 3. Hvad er vigtigst at ændre inden for sygdomsbehandlingen (altdominerende: At nedbringe ventelisterne). 4. Hvad skal der lægges vægt på inden for forebyggelse? (dominerende ønsker: Folkeundersøgelser for kræft og helbredscheck hos den praktiserende læge), 5. Prioritering mellem forebyggelse og sygdomsbehandling (nedbringelse af ventelister var stærkt dominerende), 6. en prioriteringsøvelse, hvor man skulle fordele 12 mio. 'nye' kroner til fire mulige projekter fordelt ligeligt på forebyggelse og behandling. Her kom mammografisk screening ind på førstepladsen efterfulgt af nedbringelse af ventelisten til hofteoperation og operation for grå stær⁵⁶.

I eftersommeren 1988 blev der udsendt en debatavis til amtets omkring 150.000 husstande, figur 2. En del af materialet i avisen var baseret på spørgeskemaundersøgelsen. Læserne blev opfordret til at komme med debatindlæg. Ca. 500 fulgte opfordringen. Der blev også annonceret 'åbent hus på sygehusene' for første gang nogensinde – uanset hvor indlysende ideen var. Omkring 10.000 borgere valgte at følge opfordringen. Endelige var der en indbygget lille konkurrence, som 1.500 deltog i. Hovedpræmien var en rejse til La Santa Sport på Lanzarote. Hertil kom 'gå hjem

møder' på sygehusene med mellem 400-500 deltagere og interessentmøder (kommuner, sygdomsforeningerne, fagforeningerne osv.), med sammenlagt 100-150 deltagere.



Figur 2: Forsiden af den 8-sider store debatavis til amtets husstande, 1988.

Bred borger- og medarbejderinddragelse kan skabe misforståelser. I et ekstranummer af personalebladet PULS klargøres problemstillingen: *"Når borgerne skal inddrages, er det ikke, fordi politikerne vil løbe fra deres ansvar. Forhåbentlig kommer der mange, gode forslag frem i den offentlige debat. Så mange, at ikke alle kan realiseres. Derfor vil politikerne i sidste ende komme til at foretage det endelige valg af temaer til sundhedsplanlægningen. Et valg som politikerne står til ansvar for."*, PULS, ekstranummer, oktober 1988

Idé- og debatfasen havde også som formål, udover inspirationsdimensionen, at skabe bredere opmærksomhed omkring de pro-

⁵⁶ I forbindelse med de planlagte storstilede byggeprojekter på sygehusområdet i kølvandet på strukturreformen er spørgsmålet om enestuer blevet tillagt stor vægt. Det blev der også spurgt om i 1988: Kun 2% ville bruge de 12 mio. kr. på ene- eller to sengsstuder som førsteprioritet. D

blemstillinger og dilemmaer, som sundhedsvæsenet stod overfor.

Der har ikke siden været gennemført en tilsvarende fase forud for planlægningen, hverken i Vejle Amt eller andre steder i landet. Der kan kun gisnes om årsagerne, men i 'Sundhedsplanen for Vejle Amt 1998-2001', planen der efterfulgte 1991-planen, som blev slutproduktet på alt det, der startede i 1988, noteres det, at der ikke har været afholdt borgermøder. "Dette skyldes primært at sundhedsplanarbejdet udspringer af en folketingsbeslutning, der indeholder direktiver og rammer for sundhedsplanen". Dette er en noget bemærkelsesværdig begrundelse: Centralt fastlagte og krævede krav kan man behandle på en anden måde end ideer opstået lokalt.

- arbejdsfasen

Der vil ikke blive gået i detaljer her. Blot skal det noteres, at som en del af planlægningsarbejdet blev sygehusene bedt om at påbegynde et internt strategiarbejde, dels til internt brug, dels som bidrag til sundhedsplanen. Dette var intet mindre end revolutionerende, og sygehusene stod famlende overfor opgaven. Dette havde man aldrig gjort før – i bedste fald planer i hovedet på direktørerne og centrale aktører på sygehusene. Der blev hermed sat fokus på en proces, som burde være almindelig på ethvert sygehus – og blev det efterfølgende på Vejle Amts sygehuse – og før det skete på landsplan. Nogle af sygehusene greb stafetten bedre end andre. Allerede på dette tidspunkt begyndte Vejle Sygehus at skille sig ud, bl.a. ved en dialogpræget proces med afdelingerne.

Undervejs var der løbende drøftelser i sundhedsudvalget, dels ved de ordinære møder, dels i form af seminarer. Som en tankevækkende ting kan nævnes, at amtsborgmesteren skrev meget detaljerede kommentarer, mere end 10 sider, til det udkast, som skulle forelægges økonomiudvalget. Der var observationer om alt: Fra kommasætning over kluntede formuleringer til substantive bidrag vedrørende planens mange emner.

Nogle vil spørge, om politikere skal gå så tæt på og i givet fald hvilke politikere. Da det ultimativt er politikerne, der har ansvaret, må svaret være, at man i slutfasen af en central aktivitet må kræve af politikerne, at de forholder sig meget konkret til et plandokument, men kritisk-konstruktivt. Når et plandokument, som sundhedsplanen er klar til politisk forelæggelse, må det det ikke alene være et embedsmandsarbejde, men skal have gennemgået en fase med drøftelser med politikerne. Hvis der er tale om dokumenter, der forelægges økonomiudvalg og/eller amtsråd, er det naturligt, at det er amtsborgmesteren, om end sagen allerede havde været behandlet i sundhedsudvalget. Udvalgsformandens stil var mere mundtlig og spørgende, medens amtsborgmesterens både var mundtlig og skriftlig præget af både en spørgende og anvisende stil.

- hvad kom der ud af anstrengelserne med sundhedsplanlægningen?

Planen, (87), afveg markant i form og indhold fra tidligere planer. Der var i realiteten tale om en nytænkning af planlægning på sundhedsområdet. Som noget nyt indgik bl.a. klart definerede og målelige mål, faktisk ikke mindre end 105!⁵⁷ De dækkede hele sundhedsvæsenet og markerede på mange måder brud med fortidig tænkning og var på en række felter næsten forud for sin tid. Der tages eksempler op nedenfor

⁵⁷ Og der blev faktisk i flere år fulgt op på dem. Fx var de fra begyndelsen af lagt ind i et regneark.

Sundhedsplanen skulle tilgodese tre formål. For det første skulle planen udtrykke behov, krav og forventninger, der skulle slå igennem i den fremtidige prioritering, jfr. bl.a. de mange mål. For det andet skulle planen være dialoggrundlag i de kommende år for drøftelser med kommunerne, praksissektoren, sygehusene og organisationerne. Endelig skulle planen være et væsentligt bidrag til amtets samlede økonomiske strategigrundlag. Der var tale om et opgør med fortidens overoptimistiske økonomiske antagelser, som er fremdraget ovenfor. Planen var ikke et budget for de kommende år. Var det tilfældet ville planen være uden de perspektiver og ideer, som på længere sigt skulle sikre et sundhedsvæsen på forkant med udviklingen. På den anden side var planen ikke udarbejdet uafhængigt af de økonomiske rammer. 'Først og fremmest fordi det ville indebære en stor risiko for, at planens forslag i realiteten vil være ønsketænkning'. Planen angav de overordnede mål og rammer og kunne/kan derfor følges, selv om det skulle blive nødvendigt at reducere de økonomiske rammer.

I det følgende omtales en række af de 105 mål. Kriteriet har været, at de markerede nytænkning på daværende tidspunkt. Nogle af dem blev gennemført, andre ikke.

Forebyggelsesområdet var et flagskibsområde ved dannelsen af sundhedsudvalget- og forvaltningen. 18 mål drejede sig om forebyggelse. Især på sygehusene vakte et par målene opsigt – og indledningsvis forundring, jfr. også hovedafsnittet om forebyggelse.

I mål 15 hed det, at forebyggelse er et naturligt led i alle behandlingsforløb. Hver sygehusafdeling forventedes derfor hvert år at udvælge et forebyggelsestema, der arbejdes med på den enkelte afdeling, og i mål 16 henstillede man til lægerne i almen praksis at gøre det samme, men på grund af praksissektorens status kunne der kun henstilles. For at sætte trumf på hed det i mål 18, at man ved overlægeansættelser udover de normale kvalifikationskrav skulle lægges vægt på dokumenteret interesse for forebyggelse. Det er svært at vurdere, om det sidste i realiteten kom til at ske, men mål 15 blev fulgt til dørs. Det kan man se af en publikation fra Sundhedsforvaltningen, (88), hvor man i et appendiks sygehus-for-sygehus kunne ses, at der var sket relativt meget. I 1999 blev der på landsplan dannet Netværk af forebyggende Sygehuse, ikke inspireret af Vejle Amt, men af WHO, der havde fået samme ide⁵⁸.

Den store kronikergruppe omtales i mål 1 og 18. Det nævnes, at der skal udarbejdes materiale om de almindeligste kroniske sygdomme. Materialet skal være fagligt ajourført. Det nævnes ligeledes, at der skal oprettes patientskoler, hvor kronikerne kan lære mestring af egen sygdom. I dagens Danmark har kronikergruppen fået stor opmærksomhed med Sundhedsstyrelsens såkaldte kroniker-



⁵⁸ Som så meget andet blev dette arbejdet stoppet efter Strukturreformen, se www.forebyggendesygehuse.dk

model, (89), der indeholder dele af den tidlige tænkning i Sundhedsplanen. Kronikergruppen er fremtidens store udfordring for sundhedsvæsenet.

I sundhedsplanen fremhæves, at helhedsorientering, samt ressource- og kvalitetsbevidsthed er nøgleord- og holdninger. Sundhedsplanen gjorde en del ud af kvalitet – og før det kom på den landspolitiske dagsorden med bl.a. Sundhedsstyrelsen første nationale strategiplan for kvalitet fra 1993, (90).

I mål 68 hed det således, at 'der skal etableres kvalitetssikringsprogrammer på de enkelte sygehuse'. I begrundelsen nævnes behovet for at sætte standarder, ligesom kvalitetsarbejder naturligt kan medføre justeringer af eksisterende arbejdsgange, noget der anno 2008 er en del af Den danske Kvalitetsmodel. For praktiserende læger skulle der arbejdes aktivt på at tilvejebringe en accept af og støtte til udvikling af faglig kvalitetsvurdering.

Sammedagsbehandling/kirurgi var så småt kommet på dagsordenen i begyndelsen af 90erne, bl.a. anført af Vejle Sygehus, som havde indrettet et særligt dagafsnit til øjenoperationer (primært grå stær). Der blev skubbet stærkt til denne udvikling i flere af målene. Resultatet var, at Vejle Amt blev førende på området.

I forbindelse med sammedagsstrategien var man opmærksom på evt. afledte krav hos kommunerne og de praktiserende læger. Samarbejdet i sundhedsvæsenets trekant: Sygehus – praksis-sektor og kommuner understreges i flere af målene. Der var ganske vist allerede i 1989/1990 blevet oprettet et kommunekontaktudvalg på hvert sygehus, ligesom der også var indført praksiskoordinatorer, dvs. praktiserende læger, der skulle fungere som bindeled mellem sygehusafdelingerne og de alment praktiserende læger. Der skulle imidlertid gøres mere. Fx foreslog man, at de praktiserende læger i perioder kunne være på en sygehusafdeling ligesom der skulle åbnes for, at overlæger i perioder kunne arbejde i almen praksis. Tanken var utvivlsom, at viden om hinandens forhold kunne fremme samarbejdet. I alt 20 mål drejede sig om almen- og speciallægepraksis, og 6 om kommunesamarbejdet.

Hvorfor lukning af akutkirurgi på Give og Brødstrup sygehuse?

Tekstboks 9

Svaret på spørgsmålet er samtidig svaret på, hvorfor mange små sygehuse (op til 100 senge) er lukket eller omdannet. I Give og Brødstrup var der frem til 90erne tale om såkaldte udelte kirurgiske afdelinger, dvs. hvor de samme kirurger udførte organ- og ortopædkirurgi. Specialiseringen indenfor kirurgien havde imidlertid medført, at sådanne almene kirurger ikke længere blev uddannet. De almene kirurger på de to sygehuse var tæt på pensionsalderen og kunne således ikke erstattes. Valget stod derfor mellem at dele afdelingerne i en organ- og ortopædkirurgisk afdeling og forsøge at skaffe de nødvendige speciallæger til døgn-dækning eller lukke for akutkirurgi. Det første ville både have været dyrt, men endnu vigtigere: Befolkningsunderlaget i nær-området var ikke stort nok til at generere et tilstrækkeligt patientgrundlag til at skabe et fornuftigt driftsgrundlag. Derfor valgte man at lukke akutkirurgien – og i en vis forstand var det den lægefaglige udvikling, der skabte lukningssituationen og økonomien nødvendiggjorde det. Set ud fra en det samlede sygehusvæsenes perspektiv var det rigtigt, om end det i sagens natur gjorde ondt lokalt. På den anden side gave denne ændring anledning til vigtige nyskabelser, jfr. afsnittet om 'gode historier'.

Arbejdet med at reducere ventelisterne blev bl.a. omtalt i seks af målene. Fx skulle antallet af ventende nedbringes med 25% for de ti vigtigste operationer inden 1993 og i samme tidsrum skulle antallet af ventemåneder reduceres med 50%. I Vejle Amt var der tidligt stor opmærksom omkring

det uacceptable i lang ventetid for mange operationer. Dette tages særskilt op i hovedafsnittet om 'gode historier'.

Der blev også set på servicemål. De virker ikke særligt ambitiøse i dag, men var en vigtig begyndelse. Fx skulle patienter senest to uger efter henvisning til ambulatoriebesøg modtage information om tidspunkt – eller som minimum 'besked om, hvornår de kunne vente besked'.

På mange sygehuse landet over har man i dag indrettet hotelafsnit. I 1991 var det en ny tanke. I mål nr. 56 hed det, at man forventede, at sygehusene vurderede mulighederne og eventuelt igangsatte det hurtigst muligt.

Som nævnt tidligere kom der undervejs i sundhedsplanlægningen et økonomisk krav om budgettilpasninger svarende til omkring 100 mio. kroner. Et så stort krav medførte behov for, hvad der generisk kaldes strukturtilpasninger, dvs. nedlæggelse af funktioner og/eller sygehuse. De blev medtaget i et bilag til Sundhedsplanen.

De centrale ændringer var, at akut-kirurgi på Brødstrup og Give Sygehuse ophørte, således at de i fremtiden skulle være akut-medicinske sygehuse med (begrænset) skadefunktion. Det var planen at samle de reumatologiske afdelinger i Vejle og Kolding på Give Sygehus og i Brødstrup skulle der være kirurgisk dagklinik og i tilknytning hertil en sammedagskirurgisk plastikkirurgisk funktion. I tekstrammen redegøres for den faglige udvikling, der gjorde dette 'naturligt'. Sct. Maria Hospitals tid som gynækologisk/obstetrisk hospital skulle ophøre i 1993 ved at overflytte aktiviteten til Vejle Sygehus.

I sundhedsplanen beskrives hvordan der ledelsesmæssigt dannes tvillinge-sygehuse mellem hhv. Brødstrup og Horsens og mellem Give og Vejle. Denne nye konstruktion beskrives i afsnittet om 'gode historier'.

Forebyggelse

Forebyggelse og sundhedsfremme skal være en del af ethvert sundhedsvæsen, uanset at der ofte har været en tilbøjelighed til at overse det, når akutte behandlingsopgaver- og krav pressede på. Det kræver en meget bevidst politisk prioritering at holde fokus på forebyggelse. Det var der i Vejle Amt fra først i 80'erne. Vejle Amt forstod også, at forebyggelse og sundhedsfremme foregår mange andre steder end i sundhedsvæsenet og satsede derfor bredt.

- Forebyggelsesudvalget 1983

Vejle Amt var et foregangsamt på forebyggelsesområdet. I 1983 nedsatte amtet et forebyggelsesudvalg, og som det første amt i Danmark oprettede amtet en stilling som forebyggelseskonsulent i 1985. Frem til regionsdannelsen i 2007 var amtet blandt de førende på forebyggelsesområdet og med til at afkræfte en løs påstand i debatten op til strukturreformen om, at amterne havde forsømt forebyggelsesopgaven. Vejle Amt viste, at forebyggelse blev taget alvorligt, politisk, økonomisk og organisatorisk.

Før 1983/1985 havde der også været sundhedsfremmende og forebyggende initiativer, men der havde ikke været en organisatorisk ramme for arbejdet. Forebyggelsesudvalget afspejlede opfattelsen af, at forebyggelse går på tværs af sektorer. Udvalget havde to medlemmer fra de stående

udvalg og tre medlemmer fra økonomiudvalget. Amtsborgmesteren var formand. Forebyggelseskonsulenten havde reference til amtsdirektøren og var placeret i fællesforvaltningen. Forebyggelsesudvalget havde eget budget, omkring 2-3 mio. kroner i de første år. Pengene blev primært brugt til at igangsætte forskellige projekter af kortere og længere varighed.

Udvalget formulerede en række principper for arbejdet. Fx at arbejdsgrundlaget var WHO's sundhedspolitiske mål ('sundhed for alle år 2000'). Den første nationale forebyggelsespolitik kom først i 1989 og kunne derfor ikke være en ledetråd i de første år – og kom ikke til at spille nogen egentlig rolle, (91), fordi den var præget af mangel på klare målsætninger og konkrete handlingsforslag. Den næste nationale politik kom først 10 år senere, (92), og fik heller ikke synderlig indflydelse på forebyggelsesarbejdet selv om programmet var langt mere konkret end forgængeren, hverken i Vejle Amt eller andre amter, fordi man allerede havde iværksat mange forebyggende og sundhedsfremmende aktiviteter.

Blandt principperne for arbejdet var også, at man ville prioritere samarbejde og fælles finansiering med kommunerne højt. Udvalget var indstillet på at støtte projekter, som krævede risikovillig kapital. Synlighed spillede også en rolle. Således indgik PR-siden også i udvalgets bedømmelse af projekter.

- Nogle af Forebyggelsesudvalgets projekter

Det er kun muligt at omtale nogle få af projekterne. Det største projekt, 'Vejle Amt – et hjerteamt' blev gennemført i samarbejde med Sundhedsudvalget/sundhedsforvaltningen i et særligt afsnit. Forebyggelsesudvalget og forebyggelseskonsulenten har stået fadder til mange perspektivrige projekter, som forsøgte at involvere kommuner, private og foreninger baseret på den grundlæggende forståelse af betydningen af at forankre initiativerne hos relevante aktører, (93;94), og en bred opfattelse af, hvad forebyggelse er og en ligeså bred forståelse af det underliggende sundhedsbegreb.

Den nu årligt tilbagevendende landsdækkende **fyrværkerikampagne** har udspring i Vejle Amt og forebyggelsesudvalget. Det er et eksempel på 'kampagneforebyggelse' med en effekt og illustrerer også, hvordan en lokal ide gøres landsdækkende. I sagens natur illustrerer det også bredden i forståelsen af forebyggelse.

Øjenoverlæge John Thygesen, den gang Vejle Sygehus, henvendte sig til amtsborgmesteren som satte den nyansatte forebyggelseskonsulent på sagen. Hun udviklede sammen med amtets medieafdeling en kampagne med medieafdelingen som den udførende part. Kampagnen startede med postkort til alle skoleelever i Vejle Amt. Året efter kom der to amter med og siden sørgede 'Værn om Synet' for, at kampagnen blev landsdækkende. Alle amter kom ret hurtigt med, og senere lykkedes det også at få Sundhedsstyrelsen med. Vejle Amts medieafdeling koordinerede den årlige kampagne frem til 2006. Lederen af medieafdelingen, Niels Jørgen Søndergård, fik i 2005 Dansk Selskab for Folkesundheds Public Health pris.

I 1990 tog udvalget og udvalg for teknik og miljø initiativ til et samarbejde om en kampagne for **anvendelse af cykelhjelme**. Udvalgene afsatte hver 100.000 kr. til indkøb af hjelme til klasser på 3. og 4. klasseniveau. Kommunerne gave yderligere 200.000 kr., således at der blev indkøbt hjelme for 400.000 kr. En betingelse for at få en gratis cykelhjelme var, at barnet skulle bruge hjelmen i

mindst ét år og udfylde fire spørgeskemaer for at kunne evaluere projektet. Projektet blev koordineret med en opmærksomhedsskabende kampagne fra Rådet for større færdselssikkerhed.

Et treårigt projekt – 1988-1991 hed **'Frem sundheden – red familien'**. Afsættet var en grundlæggende forståelse af familiens sundhedsmæssige betydning. Der blev bl.a. opbygget et hold på 13 personer, såkaldte 'folkeoplysere', som skulle formidle den basale viden om familien som sundhedsfaktor. Mange andre metoder blev taget i brug, fx arbejde med drama for at nå målgruppen af unge og forskellige former for forældreuddannelse. Daværende forebyggelseskonsulent Jutta Houmøller skriver i en e-mail: "Det var i høj grad Tiedemanns projekt. Desværre lykkedes det ikke at få kommunerne til at foranke det - det var jo primær forebyggelse. Når man i dag ser, hvor store problemer kommunerne har med utilpassede børn og unge, kan det godt give anledning til nogle tanker", (94).

Forebyggelsesudvalget støttede allerede i 1988 **selvhjælpsgrupper** i amtet. Det skete i form af et årligt tilskud på kr. 250.000 i tre år til en husholdningsforening på betingelse af, at der blev ansat en fuldtids projektleder. Det var et bevidst valg at satse på foreningslivet og give ideen mulighed for at udvikle sig uden stor offentlig kontrol. Igen en illustration af den brede sundheds-og forebyggelsesindsats. Primus motor var Lisbeth Bonde Petersen fra Sdr. Bjert, som i mange år var lokal, regional og national drivkraft for denne vigtige form for selvbærende indsats.

Respekt for Fart handlede om at give unge mulighed for at køre hurtigt under kontrollerede forhold. Det skete – og sker - på Flyvestation Vandel. Projektet blev startet i midten af 90erne og blev udviklet i samarbejde med kørelærere m.fl. Praktiserende læge Lars Bak Nielsen var fra begyndelsen stærkt involveret. Projektet lever stadig og er nu en selvejende institution. Jørgen Petersen (ex borgmester Egtved, ex amtsrådsmedlem) er deltids-direktør, (95). Der har været en masse bøvl med Vejle Kommune efter kommunalreformen noterer Jutta Houmøller, (94). Alka forsikring støtter det økonomisk: De unge, der har deltaget, får billigere bilforsikring. I 2008 var der omkring 6.500 kursister.

Stormfulde Højder, et projekt fra sidst i 90erne, handlede om at forebygge misbrug af (især) stoffer og alkohol, (96). Unge 'drug rangers' tog ud på skoler og andre steder, hvor unge kommer, og fortalte, hvordan de selv havde dummet sig. Projekt skete i samarbejde med især VASU (Vejle Amts Sociale Udviklingscenter) og AOF. Projektet havde lokaler i Tulips gamle fabrik i Havnegade, Vejle. Det var et projekt, der gav anledning til megen debat, fordi det arbejdede med meget utraditionelle metoder.

Nikolaj Henningsen var projektleder. I et interview, (97), anslog han, at man nåede ud til ca. 1000 klasser og 25.000 unge. En evaluering af det første år siger, at man inden for dette år nåede ud til omkring 600 klasser i folke, handels- og tekniske skoler, omkring 12.000 unge, som har haft besøg af Drug Rangers. Under alle omstændigheder et stort projekt - det største i Nordeuropa ifølge Nikolaj Henningsen. 12 mio. kr. kostede projekt Stormfulde Højder, og de kom fra Vejle Amt og Socialministeriet.

I samme interview får man en malende beskrivelse af problemer med innovative projekter, her set gennem projektlederens øjne: "Kritikken imod projekt Stormfulde Højder og lignende projekter, som forsøger at gå ind i øjenhøjde med de unge, kender Nikolaj [Henningsen] meget vel: Det er ikke nok med ét besøg til at bearbejde holdninger, og få de unge til at sige nej til rusmidler. Kritikken kommer ifølge Nikolaj fra embedsmænd, som har fået de forkerte briller på: I stedet for

de 95-procents visionære briller har de fået de 5-procents rigide briller på, som kun ser trusler fremfor medspillere på et fælles projekt. - Det er kritik fra en sagsbehandler, som holder kortene tæt ind til kroppen og ser alt der kommer udefra som en trussel. Og når jeg har tryglet om, at blive lukket ind i varmen, fordi vi gerne ville samarbejde, så har jeg bare mødt tavshed. Det er små-sko-lokalpolitik - de samme små sko, jeg oplever, når kommunerne bliver sure over, at amtet kommer med en god idé eller når Socialministeriet bliver sure over at idéen kommer fra Sundhedsstyrelsen. Og imens fylder de unge sig med det her lort".

- "Vejle Amt – et hjerteamt"

I juni måned 1988 blev der politisk nikket – og bevilget penge – til ikke blot amtets hidtil mest ambitiøse forebyggelsesprojekt, men nok Danmarks indtil da – og nok også senere - største og mest ambitiøse projekt, (98-100). Overskriften siger alt om indsatsområdet: 'Vejle Amt – et hjerteamt'.

Det var oprindeligt planen, at projektet for at have mulighed for at slå igennem effektivt skulle strække sig frem til og med 1992, men projektet blev senere forlænget med yderligere 3 år. Hjertekar sygdomme blev udvalgt, fordi der dels var tale om et stort og tungt sygdomsområde, dels at der var solid dokumentation for, at primær forebyggelse, dvs. ændring af livsstil, havde en effekt.

Når man valgte at bygge projektet op omkring livsstilsforhold⁵⁹ hang det sammen med datidens antagelser om adfærd. Det var en rationel adfærdsteori, der normalt omtales som KAB-teoriene (knowledge-attitude-behavior). Kort forklaret går teoriene ud på en udviklingsmæssig sammenhæng i menneskelig adfærd, der siger, at man på baggrund af sin viden danner holdninger, hvorefter man rationelt tilrettelægger sine handlinger i forhold hertil. Derfor blev der bl.a. iværksat aktiviteter, der skulle øge viden ud fra den betragtning, at holdningerne så ændres hen ad vejen og giver rum for sundere handlinger. I dag ville man utvivlsomt have valgt en mere nuanceret strategi.

Baggrunden var dannelsen af Sundhedsudvalget og sundhedsforvaltningen, hvor det havde været en klar forudsætning, at der også skulle satses på forebyggelse. I Sundhedsudvalgets budget var der en særlig konto for forsøg og forebyggelse på 4 mio. kroner således, at der kunne sættes handling bag ordene⁶⁰. 'Vejle Amt – et hjerteamt' blev derfor flagskibet og gennemført i samarbejde med Forebyggelsesudvalget. Det samlede årlige budget var indledningsvis på mellem 2-3 mio. kr..

Projektet blev organisatorisk placeret i sundhedsforvaltningens afdeling for sundhedsfremme, forsøg og samordning. Der blev etableret en styregruppe – 'forkammeret' – og en faglig rådgivningsgruppe – 'hjerterammeret'. En praktiserende læge blev heltidsansat projektleder. Han gik i 1991 på halvtid, og i stedet blev der ansat en heltidsprojektleder, der var uddannet sygeplejerske.

I overensstemmelse med planlægningsfilosofien i sundhedsforvaltningen blev der opstillet (nogenlunde) målelige mål med henblik på senere at kunne evaluere effekten af projektet, (101)⁶¹. Nogle

⁵⁹ Alternativt kunne man have valgt levekårene, men da der i amtslig regi kun var beskedne muligheder for at påvirke dem, var det naturligt at vælge livsstil.

⁶⁰ Sundhedsudvalgets – og Amtsrådets - vilje til at fastholde fokus på forsøg og forebyggelse kan illustreres ved, at der selv i de økonomisk trængte år 1987-1991 med betydelige sparekrav (reelle reduktioner i det samlede budget) ikke blev reduceret i midler på forebyggelses- og forsøgskontoen.

⁶¹ En base-line måling blev foretaget i efteråret 1989, hvor der blev udsendt et spørgeskema til godt 5.000 borgere. På baggrund heraf blev der udarbejdede DIKE (Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi, i dag Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet) en rapport: 'En undersøgelse af borgernes forebyggelse af hjerte/karsygdomme i 1989. Denne undersøgelse blev fulgt op af en anden ved årsskiftet 1992/1993. Den viste, at 90% af voksenbefolk-

af målene var inspireret af WHO's program for sundhed for alle år 2000. Senest år 2000 skulle dødeligheden af hjerte-kar-sygdomme i Vejle Amt for personer under 65 år reduceret med 15% og, ligeledes seneste år 2000 skulle antallet af nye tilfælde med blodprop i hjertet hos personer under 65 år reduceret med 15%. De '15%' var direkte lånt fra WHO's program. Delmålene vedrørte midlerne til at nå disse mål, fx reduktion i tobaksforbrug, mere motion, reduktion i stress-belastning osv.

Handlingsplanen lagde op til en tidsmæssig prioritering af indsatsen. I foråret 1989 var der fokus på generel oplysning og indsats mod tobaksrygning. Året efter var temaet arbejdsmiljø, motion og kost, hvor motion og arbejdsmiljø fortsat var i fokus i 1991 og i 1992 kom tobak igen på dagsordenen.

I projektet blev der slået på mange strenge, herunder aktiv brug af PR, fx eget logo, streamers til bilers, en (flot) plakatserie med fire plakater, en informationsavis om projektet osv.. Der blev udsendt mere end 150.000 hjertepas til aldersgrupperne 35 – 55 år sammen med pjecen 'En udfordring til borgerne i Vejle Amt'. Efterfølgende blev der udleveret mere end 20.000 stk. på opfordring. Hjertepasset var blevet grundigt afprøvet i et større pilotprojekt. Hjertepasset var et pædagogisk værktøj til den enkelte, som ved at udfylde passe blev i stand til at vurdere, hvorvidt vedkommende var i risikogruppen for at få/have hjertekar-sygdomme.

Projektlederen fra 1991 var en meget humoristisk og sproglig slagkraftig person, der fx allerede før sin tiltræden formåede at skabe opmærksomhed ved i Kanal 94 at sige, at det var hjertesundt at dyrke sex, fordi det giver motion og man hverken kan ryge eller spise imedens. Denne form for alvorlig-humoristisk tilgang skaber positiv medieopmærksomhed. Sidste på sommeren 1991 blev der arrangeret et 'hertets lysthus' i Vejle i form af et stort cirkustelt med boder og aktiviteter, der alle var relateret til hjertesundhed og trivsel. Det var samtidig startskuddet til at fokusere på 'trivsel' og et bredere sundhedsbegreb. Filosofien i projektet havde hele tiden været, at undgå for mange løftede pegefingre. Fra 1991 og fremefter var dette stort set væk. Den (negative) fokusering på risikofaktorer og truslen om død og sygdom blev gradvist flyttet over mod trivsel. En sådan blandet trivsel-humor tilgang var offentliggørelse af postkort med budskabet "10 måder at slå sin mand ihjel på". Dette kort gik næsten verden rundt med oversættelser til engelsk, tysk og fransk.

- Forebyggelse i amtets første sundhedsplan

Sundhedsplanen fra 1991 havde 105 mål, jfr. ovenfor. Målene 2 til 18 drejede sig om forebyggelse, vel og mærke mål, som lå ud over, hvad der blev arbejdet med i Forebyggelsesudvalget og 'Vejle Amt – et herteamt'. Der var tale om primær, sekundær og tertiær forebyggelse, især med vægt på, hvad der kunne gøres i det øvrige sundhedsvæsen.

Mål 15 gav anledning til debat og skepsis på sygehusene (husk: det er næsten 20 år siden!).

Teksten og ideerne blev derfor udlagt i særlig publikation, (88). Formuleringen var:

"Forebyggelse vil således skulle indgå som et naturligt led i behandlingsforløb. Hver sygehusafdeling forventes hvert år at udvælge et forebyggelsestema, der arbejdes med på den enkelte afdeling".

Men ideen vandt gradvis genklang, men ikke egentlig begejstring og langt fra alle afdelinger deltog. Mål 17 drejede sig udarbejdelse af forslag til metodekurser for forebyggelsesaktiviteter på afdelingerne. Mål 18 puffede endnu mere til sygehusene med et mål om, at der som supplement til

ningen i Vejle Amt kendt hjerteprojektet og dets logo og at en meget stor del havde stiftet bekendtskab med enten af noget af projektets materiale eller havde deltaget i et af projektets aktiviteter. Desværre kunne der ikke med sikkerhed vises ændring i befolkningens adfærd og sundhedsvaner, (99).

øvrige lægefaglige kvalifikationer ved overlægeansættelser skulle lægges vægt på dokumenteret interesse for forebyggelse.

Vejle Amt var tidlig ude. Knap 10 år senere blev det landsdækkende net af 'forebyggende sygehuse' dannet – og med en enkel undtagelse meldte amtets sygehuse sig under fanerne. I Vejle Amt kan man spore interessen for forebyggelse på sygehusene frem til mindst 2000, (102).

- Forebyggelsesstrategi som udløber af sundhedsplanen 1998-2001

Da Sundhedsplan for Vejle Amt 1998-2001 blev udarbejdet, var der fra såvel kommunal- som amtspolitisk side ønske om at arbejde med »det brede sundhedsbegreb«. Derfor arbejdede amtet som en del af arbejdet med næste sundhedsplan udarbejde en Temaplan for Sundhedsfremme og Forebyggelse i regionen Vejle Amt. Det resulterede bl.a. i 2002 i en Strategi for sundhedsfremme og forebyggelse i Vejle Amt, (103). I 1997 blev der som en del af Sundhedsplanen for 1998-2001 udarbejdet en særlig temaplan for alkohol, (104), ligesom der også var en temaplan omkring genoptræning med den sigende titel 'mellem to stole', (105). Titlen var dog lånt fra sundhedsministeriets oplæg vedrørende genoptræning – et oplæg der især fokuserede på arbejdsdelingen mellem sygehuse og kommunerne.

- Forebyggelse af selvmord

Som et sidste eksempel på forebyggelse, der viste vej på landsplan⁶², skal projektet om forebyggelse af selvmord kort omtales.

I maj 1997 blev der nedsat en arbejdsgruppe, som skulle udarbejde en strategiplan for dette oversete område. arbejdsprocessen var parallel med arbejdet med amtets sundhedsplan (1998-2001). Et år senere var strategiplanen færdig.

Arbejdsgruppen var meget sigende tværfaglig og tværsektoriel. Den bestod af en psykiatrisk læge, en embedslæge, en skadestuesygeplejerske, en fra misbrugsbehandlingen, en fra distriktpsychiatrien, to frivillige, en fra SSP-samarbejdet (politimand), en præst, en fra socialforvaltningen og en fra sundhedsforvaltningen. Desværre glemte man i første omgang de praktiserende læger. Det blev der dog rettet op på senere. .

Kommissoriet for arbejdet var at udarbejde en strategiplan til en samlet amtslig indsats til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord. Der var altså ikke tale om en handlingsplan, som går i detaljer med det forebyggende arbejde, der skal udføres.

Strategiplanen var klar i sommeren 1998, og det blev politisk besluttet at arbejde videre med den, og der blev over tre år afsat tre millioner til projektet. I december 1998 blev der ansat en projektkoordinator, som skulle koordinere arbejdet og støtter de lokale netværk. Det skete blandt andet gennem at afholde temadage, arrangere kurser og skabe overblik over de eksisterende tilbud. Koordinatorens arbejde mandede også ud i planer for, hvad amtet skulle gøre på lidt længere sigt.

⁶² Projektet var dog inspireret af en øget national indsats mod selvmord, bl.a. inspireret af statsminister Poul Nyrup Rasmussen, hvis datter begik selvmord i 1993. I efteråret 1996 var selvmordsforebyggelse i fokus på landsplan. Der blev afholdt en høring, og der var også megen debat i medierne. Dette var afsættet for Vejle Amts strategi.

Udgangspunktet for strategiplanen var, at forebyggelsen skulle finde sted i det bestående system. Der var således ikke på forhånd været afsat ressourcer til at udbygge den eksisterende indsats. I stedet skulle ressourcerne bruges bedre.

- Screening

Sekundær forebyggelse består i at fange en sygdom i dens tidlige faser og hindre, at den udvikler sig videre. Det sker typisk ved screening.

Vejle Amt var et af de første amter til at indføre screening for livmoderhalskræft. Det skete i 1979, men dog 12 år senere end Københavns Amt. Det omfattede indledningsvis kvinder mellem 25 og 54 år, i dag 23-59-årige kvinder.

Screeningen er et eksempel på, at man i sygehusplanerne primært beskæftigede sig med kapacitet, men ikke 'indhold', dvs. nye faglige tiltag. I 1977 sygehusplanen nævnes, at der er behov for en kapacitetsudvidelse for patologisk anatomi, hvor screeningsprøverne i givet fald skulle analyseres. Det nævnes, at det bl.a. bør ske 'af hensyn til en eventuel profylaktisk cancerindsats' – en antydning af screeningsovervejelser. I 1981 planen læser man dernæst, at screening nu er indført under beskrivelsen af patologisk anatomi.

I 2005 indførte Vejle Amt screening for tyktarms-og endetarmskræft blandt 50-74 årige, medens der ikke i 'amtstiden' blev indført (den lovmæssigt vedtagne) screening for brystkræft. Det var et spørgsmål, der blev analyseret sidst i 80erne og i forbindelse med 1991-sundhedsplanen og derefter skrinlagt.

Sundhedsplanerne 1998-2001 og 2002-2005

Fra centralt hold opgav man som nævnt det formelle krav om sygehusplaner i midten af 80erne. Der var imidlertid en stigende erkendelse for at skabe mere fokus på samarbejdet mellem kommuner og amter, jfr. bl.a. hvad der havde været fokus på i Vejle Amts 1991-sundhedsplan.

I 1994 udgav Sundhedsministeriet retningslinjer for sundhedsplanlægning, (50). Formålet med vejledningen var at inspirere og skabe et fælles grundlag så kommunernes sundhedsredegørelser og amtskommunernes planer i et vist omfang blev ensartede og dermed kunne tilgodese muligheden for centrale sammenligninger. Kommunerne og amtskommunerne var i øvrigt frit stillet med hensyn til udformning af planerne. Der var enighed om, at fokusere på tre temaer i perioden 1994-98: Alkohol, genoptræning og betjening af borgere med pludseligt opstået behov for behandling eller pleje.

I Vejle Amt satte arbejdet med sundhedsplanerne 1998-2001 og 2002-2005, (106;107), sig ikke dybtgående spor. Forklaringen var utvivlsomt, at man allerede havde et velfungerende samarbejde med kommunerne og tillige havde stor fokus på forebyggelse og sundhedsfremme, ligesom man i realiteten selv havde udviklet en model for sundhedsplanlægning. Formatet fra 1991-sundhedsplanen blev brugt, incl. opstillingen af konkrete mål. Man levede op til aftalen om at udarbejde tre temaplaner, (104;105;108). Da planerne især var rettet mod samarbejde og forebyggelse indgik sygehusene ikke i planlægningen.

Ét af de bærende elementer i Sundhedsplanen for 1998-2001 var 'det gode patientforløb'. Man genoptog her et centralt punkt fra 1991-sundhedsplanen. Sygehuskommissionens betænkning fra 1997 havde helliget emnet et helt kapitel, (109).

I 1998-2001-planen blev 'det gode patientforløb' beskrevet som "værende tilstede når det professionelle personale på baggrund af egne erfaringer, viden og følelser vil kunne anbefale behandlingen til familie, venner og én selv". Set med nutidens øjne savner man dog en angivelse af, hvad et godt forløb er set med patientøjne. På Give-Vejle sygehus var det fra 1997 et krav, at alle afdelinger hvert år udvikler mindst to beskrivelser af patientforløb for at opfylde sygehusenes interne servicemål. Medio 1998 var der således beskrevet over 40 patientforløb, (110;111). Der foreligger desværre ikke dokumentation for, hvordan det gik med patientforløb 'almen praksis – sygehus' og 'sygehus – kommune'.

Vejle amt som funktionsbærende enhed (1999) – og frem til regionsdannelsen

Sundhedsplanen fra 1991 var robust og var grundlaget for udviklingen frem til 1997, hvor man, jfr. foranstående, dels vedtog en ny sundhedsplan efter sundhedsministerielle retningslinjer fra 1994, (106), dels igangsatte arbejde med sygehusstrukturen.

I økonomiaftalen for 1999 mellem regeringen og Amtsrådsforeningen var der nedenstående formulering om 'ny' sygehustænkning, men alligevel gammelkendt tænkning, hvis man går tilbage til begyndelsen af 1970'erne: Befolkningsunderlag og funktionel samordning. I den forstand kan man sige, at der ikke er meget nyt under solen, men det er der nu alligevel. Det nye buzz-ord var 'funktionsbærende enhed'⁶³. Samtidig så man temaer, som genfindes i Sundhedsstyrelsens oplæg om akutsygehuse i de nye regioner, (19).

Nedenstående uddrag af økonomiaftalen for 1999 illustrerer det med al tydelighed.

"Parterne er enige om at arbejde for en fortsat udvikling af kvaliteten i sygehusbehandlingen. Som led heri indgår en tilpasning af arbejdsdelingen mellem sygehusene, således at de enkelte enheder har et patientunderlag, der er tilstrækkeligt stort til at sikre kvaliteten i behandlingen.

Sundhedsstyrelsen har i samarbejde med de lægelige specialeselskaber udarbejdet et debatoplæg om "Kvalitet i sygehusvæsenet - befolkningsunderlagets betydning for kvalitet i patientbehandling, uddannelse og plej, (18)." I oplægget introduceres "den funktionsbærende enhed" som et funktionelt samarbejde mellem sygehuse, der vil kunne fungere som basisenheden i det fremtidige sygehusvæsen.

Parterne er enige om at der inden udgangen af 1998 i samarbejde med amterne fastlægges mål for patientunderlaget indenfor de forskellige specialer, med udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens oplæg og under hensyntagen til geografiske forskelle.

En reduktion i antallet af døgndækkende vagtberedskaber kan frigøre ressourcer og medvirke til, at en større del af de yngre lægers arbejdstid falder i dagarbejdstiden."

Vejle Amtsråd vedtog den 17. december 1999 sygehusplanen "Vejle Amt - som funktionsbærende enhed", (112-114). Det blev den sygehusstruktur, hvormed Vejle Amt indtrådte i Syddansk Region,

⁶³ Se kapitel 5 og 12 i Sundhedspolitik, (15), for en redegørelse og kritisk vurdering.

dog med følgende tilføjelser, der illustrerer, at Vejle Amt til det sidste aktivt forholdt sig til sygehusstrukturen.

I 2003 besluttedes det, at Fredericia og Kolding sygehuse organisatorisk skulle sluttes sammen med fælles sygehusledelse, og at der på afdelingsplan skulle ske sammenlægning med én fælles afdelingsledelse for afdelinger, der fandtes på begge sygehuse, (10) p. 29⁶⁴. Endelige skete der i 2005 – utvivlsomt under stærkt indtryk af den da vedtagne regionsstruktur - endnu en ændring, denne gang med inddragelse af Middelfart Sygehus. Den gynækologisk-obstetriske afdeling i Fredericia blev flyttet til Kolding og i forhold til Middelfart sket der et 'mageskifte'. Den ortopædkirurgiske afdeling i Fredericia flyttede til Middelfart, medens den medicinske afdeling i Middelfart flyttede til Fredericia.

I 2005 blev det besluttet at lukke de medicinske afdelinger på Give og Brædstrup sygehuse, hvormed disse to sygehuses sidste akutfunktioner lukkede. Den faglige udvikling havde umuliggjort at tilbyde den behandling man med rimelighed kunne forvente på en up-to-date medicinsk afdeling.

Tilbage til 1997/1999: Vejle amt havde imidlertid som sædvanlig været på forkant – og kunne blot indtænke de sidste nye central ønsker i et allerede igangværende arbejde.

Arbejdet med sygehusstrukturen i Vejle Amt havde stået på siden 1997, hvor økonomiudvalget vedtog et kommissorium for arbejdet. Ifølge kommissoriet skulle sygehusene i Vejle Amt fremstå som ét samarbejdende sygehusvæsen med én overordnet ledelse og effektiv arbejdsdeling. Antallet af sygehuse og selvstændige sygehusledelser skulle være uændret efter strukturarbejdet. Der måtte ikke nedlægges sygehusafdelinger, og der skulle fortsat være døgnskadefunktion i de fire store byer. Megen sundhedsplanlægning foregår indenfor sådanne politisk udstukne og stramme rammer. Udfordringen for embedsmænd og sundhedsfaglige rådgivere er at manøvrere kreativt inden for sådanne rammer.

Et af udgangspunkterne for arbejdet var som nævnt, at sygehusene i amtet tilsammen skulle fremstå som ét samarbejdende sygehusvæsen med én overordnet ledelse og en effektiv arbejdsdeling. Med sådanne formuleringer får man mindelser om baggrunden for sygehusplanlægningen i begyndelsen af 1970'erne, og det er samtidig et memento om, at denne ideelle samordning dels aldrig var lykkedes fuldstændig, dels en vedvarende udfordring. Temaet omkring funktionsbærende enheder var blevet taget op i to publikationer, som indgik i planlægningsarbejdet i Vejle amt, (115;116), og dybest set var grundlaget for Sundhedsstyrelsens udmelding om funktionsbærende enheder, (18).

Som ved al god planlægning blev der udarbejdet flere alternativer. Forvaltningen lavede fire alternative råmodeller. En af modellerne fastholdt antallet af akutfunktioner, mens tre af modellerne indarbejdede en større eller mindre grad af reduktion af akutfunktionerne. Sundhedsudvalget og efterfølgende Amtsrådet besluttede, at den fremtidige sygehusstruktur skulle tage udgangspunkt i modellen med et uændret antal akutfunktioner: 'Vejle Amt som funktionsbærende enhed.'

⁶⁴ Der havde været (løse) planer om det allerede i 1991, da man vedtog tvillingsygehuskonstruktionen med Brædstrup-Horsens og Give-Vejle, men de blev på forvaltningsplan betragtet som politisk uigennemførlige, ligesom der var bekymring for, at det kunne risikere at blokere for de to nævnte konstruktioner. Det er på denne måde, at det kan hævdes, at embedsmænd tænker og agerer politisk. I 1991-sundhedsplanen hed det dog i mål 88, at der 'mellem Fredericia og Kolding sygehuse etableres ... et særligt tæt og gensidigt forpligtende samarbejde.'. Det materialiserede sig dog aldrig.

For at fremme at sygehusene i Vejle Amt skulle fremstå som et samlet sygehusvæsen, en funktionsbærende enhed, blev der indført to nyskabelser i form af tværgående strukturer i amtet: *Amtsspecialeansvarlige overlæger og programledelser*. Det var samtidig en kreativ tolkning af begrebet funktionsbærende enhed, som ikke medførte nogen revolution a la, hvad man så i fx Vestsjællands Amt og Ringkøbing Amt, (15).

De amtsspecialeansvarlige overlæger skulle medvirke til, at amtets sundhedsvæsen hang sammen på tværs inden for specialet og skulle bl.a. tage initiativer til at fjerne unødvendige dobbeltfunktioner især på områder, hvor dobbeltfunktioner betyder, at kvaliteten eller servicen i behandlingen er truet. De amtsspecialeansvarlige overlæger fik opgaver med relationer til enkelte speciallæger, afdelinger, forvaltning og sundhedsudvalg omfattende bl.a. rådgivning vedrørende vurdering af patientgrundlaget i forhold til den faglige ekspertise og teknologi, at komme med forslag til minimumskrav for det erfaringsgrundlag, man som speciallæge bør have for at kunne forestå et indgreb eller en behandling og sikre grundlaget for et fagligt udviklende samarbejde i specialet på tværs af afdelingerne. Opgaverne blev i første omgang af rådgivende karakter. Sygehusleders og afdelingsleders kompetence havde forkørselsret i krydsfelter, hvor der er konflikt mellem en amtsspecialeansvarlig overlæge og den traditionelle ledelsesstruktur

For at sikre sammenhæng mellem afdelinger og sygehuse og gode patientforløb er der indført programmer og programledelse som et tværgående element i Vejle Amts sundhedsvæsen. Det var (og er også i regionstiden) et koncept for udvikling og implementering af sammenhængende optimale forløb for patienterne. Der skulle laves programmer for udvalgte områder på tværs af sektorer. Programmernes indhold er baseret på nationale og internationale anbefalinger, retningslinjer, standarder og best practise, fx for Kronisk Obstruktiv Lungelidelse (KOL) og diabetes.

Generalplan for Kolding og Fredericia Sygehuse, 2001

Vejle Amtsråd vedtog i 2001 en generalplan, dvs. en byggeplan, for henholdsvis Kolding Sygehus og Fredericia Sygehus, der skulle danne grundlag for renoveringer, ombygninger og udbygninger af sygehuset i planperioden frem til 2012. Amtsrådet arbejdede med investeringsbeløb på henholdsvis 372 mio. kr og 343 mio. kr. En del blev afviklet før regionsdannelsen, medens andet skal indtænkes i den nye sygehusplan for Region Syddanmark.

'GODE HISTORER'

Der er mange faldgruber, når man skal udvælge 'gode historier', som der allerede er omtalt nogle af i det foregående.

For det første skal de for overhovedet at komme i betragtning været synlige og (helst) dokumenterede. 'Synlighed' kan enten være i dagspressen eller i fagpressen. Her er der desværre en slags 'lemmings-effekt' som fører til overproportional og selvforstærkende omtale af bestemte (i øvrigt ofte udmærkede) ordninger som fx de diagnostiske pakker på Vejle Sygehus. Vejle Sygehus har næppe været bevidst publicity-søgende, men landspolitisk interesse m.m. har givet megen omtale, sandsynligvis på bekostning af andre gode projekter på samme eller andre af amtets sygehuse. Dokumentation er dels et spørgsmål om, hvor velbeskrevet ordningen er, dels om der (muligvis) foreligger dokumentation for effekt. For det andet er der spørgsmålet om, hvorfor det blev en 'succeshistorie'. Normalt er der en længere forhistorie, hvor de nødvendige forudsætninger gradvist er blevet skabt. 'succeshistorier' kommer ikke blot ud af det blå. Der er ofte tale om den tidligere omtalte 'stiafhængighed', (31), dvs. at nogle tidsmæssigt tidligere valg i betydelige grad betinger,

hvad der sker senere. De digitale succeser på fx Vejle Sygehus blev sandsynligvis grundlagt sidst i 80'erne og først i halvfemserne. Nogle af forudsætningerne for udviklingen på Give og Brædstrup sygehuse blev skabt med ændringerne først i 90'erne, da de ledelsesmæssigt blev koblet sammen med henholdsvis Vejle og Horsens sygehuse. Andre succeshistorier har 'ildsjæle' som forudsætninger, og hvor det spændende er, hvad der sker, når ildsjælene forsvinder

Intern licitation og kampen mod ventelisterne

Efter årtusindeskiftet har ventetid og ventelister været i fokus på landsplan med en ventetidsgaranti fra 2002 ('det udvidede frie sygehusvalg'). Efter to måneders ventetid ved et offentligt sygehus fik man ret til behandling på privathospital for offentlig regning. Per 1. oktober 2007 blev de to måneder reduceret til 1 måned. Kampen mod ventetid er imidlertid på ingen måde ny. Initiativerne i Vejle Amt sidst i 80'erne⁶⁵ og først i 90'erne illustrerer tydeligt dette.

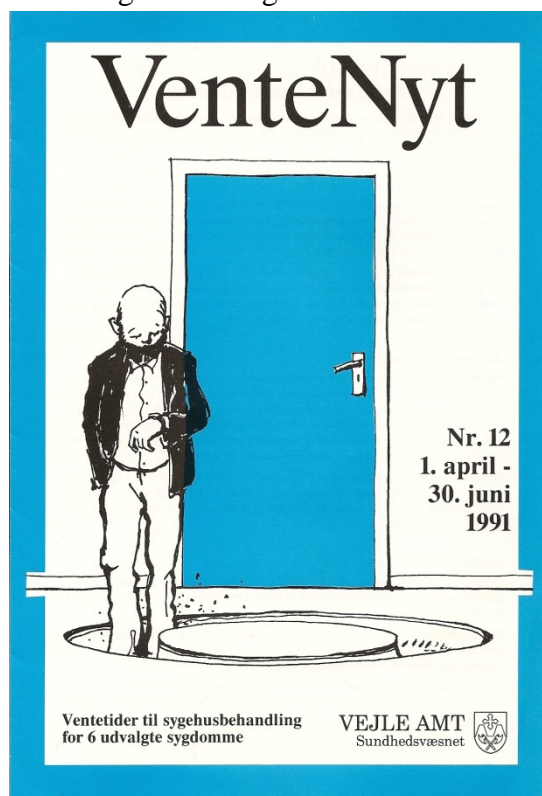
Allerede i 1988 var der reserveret særlige midler til nedbringelse af ventelisterne. I stedet for blot at tildele pengene til sygehusene baseret på ventelisternes længde på de enkelte sygehus, valgte man at gå nye veje, nemlig at afholde en intern licitation for ad denne vej at få en bedre samlet kapacitetsudnyttelse, flest mulige ekstra operationer for pengene og også at skabe en vis konkurrence mellem sygehusene. Ideen var simpel, men effektiv og afdækkede en lang række ting.

Sundhedsudvalget valgte hvilke operationer, der skulle i udbud, fx 100 ekstra udskiftninger af hofteled, 50 knæled osv. Sygehusene blev derefter bedt om at afgive bud.

For sygehusene var det en kulturrevolution. De skulle nu til at prissætte deres ydelser – og havde et uhyre ringe grundlag herfor. På et enkelt sygehus fik man en fornemmelse af, at der næsten var tale om gætteri. Det blev dog langsomt bedre og styrkede omkostningsbevidstheden. Sygehusene skulle også acceptere, at penge ikke blot blev fordelt efter en fordelingsnøgle, men efter hvor der var ledig kapacitet kombineret med prisen per ekstra operation. Ideen var også at modvirke en tænkning i retning af udbygning, der hvor ventelisterne var lange. Det lykkedes stort set – men krævede politisk og administrativ vedholdenhed.

I årsberetningen for 1989 – 'Hvad nåede vi' (117) – lyder der belærende:

"Når man taler om behandlingskapacitet, skal der nøje skelnes mellem situationen på det enkelte sygehus og på alle sygehuse under et. Det viser sig, at ventetiden og antal



⁶⁵ Ventelister har mange forklaringer, men man skal ikke glemme hovedforklaringen på, at de kom i fokus fra midten af 80'erne, hvor Sundhedsstyrelsen begyndte at offentliggøre ventetider for udvalgte operationer. Hovedforklaringen var at en række operationer nu kunne gennemføres i stor stil og var blevet kendte: Grå stær, udskiftning af hofte- og knæled osv. Dette var en mere efterspørgsel, som der kun i beskedent omfang var blevet kompenseret for med ekstra ressourcer.

ventende er forskellig, hvis man f.eks. er skrevet op til en åreknude-operation i Brædstrup, Fredericia eller Kolding. Det ville derfor ... være forket at udbygge kapaciteten på det sygehus, hvor ventetiden er længst, hvis der samtidig er væsentlig kortere ventetid på andre sygehuse. ... Hvis der i amtet set under ét er tilstrækkelig kapacitet, bør man snarere overveje, om henvisning ... mellem sygehuse er hensigtsmæssig”.

I citatet henvises der indirekte til at samarbejde mellem sygehuse var ringe, og at man opfattede patienter fra lokalområdet som 'sine' patienter, der ikke skulle/kunne henvises til andre sygehuse – på trods af, at det fra indførelsen af (sygehus)zoner først i halvfjerdserne havde været understreget, at der var frit sygehusvalg inden for amtet.

I 1988 indførtes en anden nyskabelse, der på én og samme gang skulle skabe transparens og fungere som information til patienterne. På kvartalsbasis begyndte man publicere 'VenteNyt', der blev udsendt til de praktiserende læger. Der blev sygehus for sygehus redegjort for ventetider til sygehusbehandling for seks operationer. Grundideen var at få de praktiserende læger til at henvise til sygehuset med de laveste ventetider og ikke rutinemæssigt til det lokale sygehus.

Ideen blev ikke hilst lige velkommen hos alle overlæger. Som altid, hvis der er noget, man ikke kan lide, er 'data ikke pålidelige'. Og der var utvivlsomt problemer med dataregistreringen, især definitionen af ventetid (noget der på landsplan fortsatte helt ind i det nye årtusinde), men det blev fastholdt, at så måtte man forbedre datakvaliteten frem for at opgive at publicere data. Et blik i VenteNyt fra andet kvartal 1991 viser, at den gennemsnitlige ventetid for hoftepatienter i andet kvartal 1991 varierede mellem fra 2,1 til 6,3 måneder, på de tre sygehuse, der udførte sådanne operationer. For åreknuders vedkommende varierede ventetiden fra 5,1 måneder til 19,1 måneder.

Mål 64 og 67 i Sundhedsplanen fra 1991 understreger, at VenteNyt skal videreføres ligesom licitationsprincippet fastholdes for ekstraordinær indsats for at fjerne lange ventelister. Sundhedsplanen indeholdt også klare formuleringer vedr. ventetider, fx at antallet af ventende inden 1993 skulle nedbringes med 25% for de vigtigste operationer. For at skabe klarhed hos patienterne indeholdt mål 62 krav om, at patienterne senest 1 uge efter forundersøgelsen skulle have besked om forventet operationstidspunkt. Vejle Amt var tidligt ude. Denne form for krav dukkede først op på landsplan knap 10 år senere, og det er i øvrigt tvivlsomt om amtet levede op til målet.

Virkede det så, altså licitationerne og VenteNyt? I Sundhedsplanen anføres, at ventelisterne var på vej ned ad, og i Årsberetningen for 1990, (118), anføres, at der alt i alt var tale om betragtelige forbedringer. For nogle operationer var der næsten tale om en halvering af ventelisten.

Tvillingsygehuse

I konsekvens af Sundhedsplanen fra 1991 blev der dannet tvillingsygehuse: Vejle-Give og Horsens-Brædstrup således, at tvillingsygehuse fik en fælles ledelse placeret på det største sygehus og en lokal ledelse. Det var en model, som blev kopieret andre steder, fordi den gav mulighed for at opretholde visse lokale sygehusfunktioner, typisk en medicinsk afdeling, normalt med akutmodtagelse, men rationalisere på ledelsessiden og samdrift på en række områder, incl. fælles lægegruppe, typisk med ansættelse på det største af sygehuse.

I Vejle Amt opretholdt man medicinske afdelinger med akut modtagelse i Brødstrup og Give, men i en vis forstand var det en stakket frist, fordi den lægefaglige udvikling gjorde det svært at opretholde en forsvarlig (både faglig og økonomisk) på sådanne disse mindre afdelinger og i perioden 2005-2008 blev de medicinske afdelinger afviklet. Udover de medicinske afdelinger var det tanken, at man skulle finde nogle niche-funktioner, der med fordel kunne placeres på de mindre sygehuse. Som det fremgår nedenfor lykkedes det på Brødstrup Sygehus.

På Give Sygehus var der frem til medio 2008 en avanceret dagkirurgisk klinik, der på en række områder var trendsættende. Så sent som i 2003 indviede man en ny operationsafdeling, der blandt andet rummede to højteknologiske operationsstuer specielt egnede til kikkertkirurgi. I perioder var op til syv speciallæger og tre reservelæger tilknyttet den dagkirurgiske klinik. Region Syddanmark angiver, at årsagen til indflytning til Vejle Sygehus var stigende rekrutteringsproblemer til Give. I fremtiden udnyttedes operationsfaciliteterne til friklinik, jfr. nedenfor.

Give Sygehus husede også et Rygcenter. Centeret blev etableret i midten af 1990'erne. Det virkede først som et fælles bevægeapparatcenter, men blev senere ændret til et rygcenter. Formålet var at samle ekspertisen og faggrupperne, således at behandlingen i sekundærsektoren kunne blive centraliseret.

Amtets sundhedsudvalg godkendte i 2006 et nyt driftskoncept under indtryk af mangel på speciallæger på Rygcentret i Give både på den medicinske og rykirurgiske side.

Rygcenteret flyttes til Middelfart Sygehus fra medio 2009 som en del af den samlede sygehusplan for Region Syddanmark.

Når man anno 2008 ser på Brødstrup og Give Sygehuse må det konstateres, at det der ikke er meget tilbage (Friklinik, Livsstilscenter). Man kunne derfor fristes til at konkludere, at man lige så godt kunne have nedlagt dem i 1991/92. Det er utvivlsomt en forhastet konklusion og udtryk for bagklogskab. Dels har man kunnet opretholde et lokalt tilbud (de medicinske afdelinger) i yderligere næsten 15 år inden den faglige udvikling indhentede dem. Dels har man kunnet udvikle (nyskabende) niche-funktioner, der har vist nye veje og udnytte bygningsmassen, således at udbygning i henholdsvis Horsens og Vejle kunne udsættes i en række år.

Friklinikken i Brødstrup

Friklinikken blev etableret primo 2002 som Vejle Amts svar på det udvidede frie sygehusvalg, hvorefter patienter efter 2 måneders ventetid fik ret til at lade sig behandle på privathospitaler for amtets regning. Vejle Amt var det eneste amt, der i realiteten udviklede et alternativ til at imødegå at for mange kunne lade sig behandle på privathospitaler – ligesom det også viste, at man kunne få læger til at være free-lance medarbejdere på en offentlig enhed og ikke blot på privathospitaler. Det var et effektivt modtræk. Vejle Amt var ifølge statistikken det amt, hvor der var færrest patienter der gjorde brug af det udvidede frie sygehusvalg, (119), p. 37. Det overraskende var, at ingen andre amter kunne/ville efterligne løsningen, men illustrerer måske på slående vis, at man i Vejle Amt kunne og ville gå veje, der brød med det etablerede.

Friklinikken blev en selvstændig enhed i Vejle Amts sundhedsvæsen og brugte de lokaler, som den tidligere dagkirurgiske klinik havde brugt, men som blev flyttet til Horsens Sygehus. Grundideen var, at der skulle være få ansatte, især ikke fastansatte læger, og at betalingen skete efter DRG-

systemet⁶⁶, hvortil kom, at der skulle være stor fleksibilitet – en fleksibilitet, der skulle ses i sammenhæng med udviklingen i de forskellige ventelister på amtets sygehuse.

I Ugeskrift for Læger beskrives klinikken på følgende måde,(120) :

” Ud over åreknudepatienter er alle forundersøgt, og aktiviteten afstemmes hele tiden efter behov. En måned dominerer skulderkirurgiaktiviteten på de fem operationsstuer, næste måned er måske domineret af knæ eller hænder.

Lægerne er heller ikke de samme. Bortset fra den fastansatte åreknudekirurg og klinikchefen - der også arbejder som anæstesiolog - hyres de pr. dag og kommer fra hele Jylland og Fyn. De er erfarne kirurger som kan få noget fra hånden. Kirurgernes arbejdstid udnyttes da også maksimalt. De bakkes op af 35 fastansatte sygeplejersker, nogle få sygehjælpere og sekretærer - alle på resultatløn, alle opsatte på at eliminere unødige skifte- og ventetid og optimere arbejdsprocesser. Tilsammen præsterede de 5.000 operationer i 2002[... og steg til 6.000 i 2006, KMP]

... Jeg har 30-40 speciallæger fra hele Jylland og fra Fyn i ,stald, fortæller Christian Nielsen. - Det er erfarne folk, som er vant til at operere, synes det er sjovt og har overskud til at påtage sig en ekstra opgave - hovedsagelig overlæger eller 1. reservelæger”.

En væsentlig forudsætning var, at klinikken var (er) præget af korte kommandoveje, veldefinerede økonomiske incitamenter, fx er sygeplejerskerne bedre lønnede end almindelige sygehussygeplejersker, effektive arbejdsgange, fx parallel brug af operationsstuer, dvs. at patienter klargøres i en stue, medens kirurgen færdiggør en anden patient i anden stue, og i stedet for at vente på næste patient i denne stue går kirurgen direkte til den anden stue osv. De økonomiske incitamenter beskrives i et interview på følgende måde:

”Giver I tiltrækkende honorarer?»De fleste kirurger vil i hvert fald gerne komme igen. Nok hovedsagelig fordi de synes, at det er sjovt at arbejde her. Vi kan ikke konkurrere lønmæssigt med privathospitaler. En kirurg får et honorar på 500 kr. i timen. På et privathospital følger der imidlertid flere administrative opgaver med. Det er jo ikke så interessant for en kirurg. Her er arbejdet lagt til rette. Man er her for at operere. Desuden er en given operation jo takseret til et bestemt antal timer. Derfor bestemmer den hurtige kirurg i et vist omfang selv sin timeløn” ... Lige om hjørnet på den medicinske afdeling er vi uden for ’familien’. Der får en sygeplejerske 2.000 kroner mindre om måneden. Er det uproblematisk? - Nej. Og jeg kan godt forstå, at en sygeplejerske, der går og slider på en medicinsk afdeling, finder det uretfærdig, siger Hanne Mark. Vi har oven i købet meget raske patienter, fri under højtiderne osv. Men man kan håbe, at vores generelle organisationsmodel får en positiv afsmittende virkning og måske kommer alle til gavn”, (120).

Som et sidste eksempel på tænkningen på frikliniken omtaler Sygeplejersken (2007, nr. 2), at man på en enkel lørdag steriliserede 40 mænd. En sygeplejerske sagde ” Det kan lyde som samlebandsarbejde, men sådan oplever patienterne det jo heldigvis ikke”. Det drejers sig grundlæggende om god planlægning og effektive arbejdsgange kombineret med klare incitamenter.

Klinikken er på mange måder et memento til det offentlige sygehusvæsen om, at man med større frihedsgrader kan gøre en forskel.

Friklinikken i Brødstrup beholdt sin status i regionstiden, men sammen med Givø Sygehus under overskriften ’De Vestdanske Friklinikker’ med samme opdrag som den oprindelige klinik – og efter

⁶⁶ DRG (diagnose relaterede grupper) er system, hvor der for hver gruppe i systemet, fx udskiftning af et hoftelid, betales en fast pris, der er beregnet som et gennemsnit af omkostningstal fra de sygehuse, der laver disse operationer.

1. oktober 2007 med den yderligere udfordring, at ventetidsgarantien var blevet reduceret til én måned mod tidligere to måneder.

IVF-klinikken på Brædstrup Sygehus

Brædstrup Sygehus lagde og lægger lokaler til en IVF-klinik. Det er i sig selv usædvanligt i det offentlige sygehusvæsen, at det foregår på et lille sygehus, men det var en logisk konsekvens af 1991-beslutningen om at finde niche-funktioner til de to små sygehuse kombineret med foretag-somhed fra én af de gynækologiske overlæger ved Horsens Sygehus understøttet af sundhedsforvaltningen og sundhedsudvalget. På denne måde skabes der nybrud.

IVF-klinikken blev oprettet i 1994, som det første offentlige IVF-tilbud i Danmark, hvor patienterne selv kunne vælge at blive behandlet uden kautions fra deres eget amt, men hvor amtet alligevel betalte, fordi behandlingen var omfattet af det frie sygehusvalg, som var blevet indført i 1993. Der var fra begyndelsen af en aftale om at behandle IVF-patienter fra Ringkøbing Amt, således at økonomien fra begyndelsen af var 'fornuftig', bl.a. også fordi man sparede penge til IVF-behandling i Odense eller Århus. I takt med at klinikken blev meget søgt fra andre amter, er der næppe tvivl om, at det har været en overskudsforretning. Afdelingen har egen chef, men hører under Gynækologisk/Obstetrisk afdeling på Horsens Sygehus (i dag Regionshospitalet i Horsens).

IVF- klinikken var det første IVF-tilbud uden for universitetssygehusene, men bl.a. inspireret af, at det første kommercielle privathospital i Danmark, Mermaid i Ebeltoft, havde det som tilbud, gik man i gang uagtet protester fra universitetssygehusene. Det blev dermed klart, at man ikke behøvede at se det som meget specialiseret tilbud – og rejser dermed et følsomt spørgsmål om i hvilken grad behandlingstilbud på specialiserede sygehuse ikke spredes så hurtigt, som der er (faglig) basis for, muligvis for at forsvare snævre faglige og økonomiske interesser. IVF-klinikken i Brædstrup har vist flere ting. Dels at der ikke er behov for at være indlejret i et specialiseret tilbud, dels at der også kan drives forskning – ofte fremført indvending mod 'små' steder. Bl.a. er der skrevet fire ph.d.-afhandlinger ved klinikken.

Livsstilscentret på Brædstrup Sygehus

Livsstilssygdomme er fremtidens store udfordring for sundhedsvæsenet. Der er forskellige måder at behandle disse sygdomme på (hjertekar-sygdomme, lungesygdom, diabetes). I 1996 oprettede amtet Livsstilscenteret på Brædstrup Sygehus i forsøget på at vise nye veje, ikke som massestrategi men rettet mod en særlig målgruppe.. Man tilbyder man behandling og forebyggelse af livsstilssygdomme, når anden indsats ikke har haft effekt. Der er således tale om en 'tung' patientgruppe. Noget tyder på, at det har en effekt, (121). I en opfølgingsundersøgelse af omkring 400 patienter fire et halvt år efter opholdet, angav 71-87% af patienterne, at indlæggelsen havde medført bedre kostvaner, øget fysisk aktivitet, ændret levevis til fordel for helbredet og øget motivation. Omkring 60% fandt, at deres fysiske og psykiske helbred var bedret, og at opholdet havde øget deres livskvalitet. Andelen med en god/meget god helbredstilstand var steget fra 26% til 48%, og andelen, der for det meste kunne foretage sig, hvad de havde lyst til, var steget fra 39% til 47%. Ved opfølgningen var patienternes body mass index faldet med gennemsnitligt 1,6 kg/m² svarende til et vægttab på 6 kg (fald på 5,5%).

Der gennemføres ca. 200 patientforløb om året med patienter i hold med hhv. overvægt, hjerte-kar-sygdomme, diabetes, lungesygdomme, uønsket barnløshed i kombination med svær overvægt og forældre til overvægtige børn.

Livsstilscentret bliver videreført af Region Midtjylland.

Laboratoriecenter

Igennem hele Vejle Amts historie har der været fokus på laboratorierområdet, bl.a. fordi Indenrigsministeriet og Sundhedsstyrelsen fra den allerførste interim sygehusplan ønskede særlige redegørelser 'laboratieblokken'. I 1989 gennemførtes omfattende rationaliseringer for klinisk kemi, bl.a. fælles IT-system, ligesom arbejdsdelingen mellem sygehusenes laboratorier blev ændret. Omlægningerne skabte også basis for at hjemtage analyser fra Statens Seruminstitut, (117). I 1991-sundhedsplanen var det i mål 89, at der skulle arbejdes hen mod fælles ledelse for laboratorierne på amtets sygehuse.

I juli måned 1998 blev det første spadestik taget til et nyt fælles laboratoriecenter ved Vejle sygehus. Året efter var det færdig. Ikke blot var det første af sin art i Danmark, men det viste også nye veje. Centeret huser klinisk biokemi, klinisk immunologi og blodbank, klinisk genetik, klinisk mikrobiologi, patologisk anatomi. Det var tanker fra først i 90'erne, der nu blev virkeliggjort. Laboratoriecenteret er en samlet økonomisk og administrativ enhed. Formålet med skabelsen af laboratoriecenteret er, ved tæt naboskab mellem de 5 diagnostisk tværgående kliniske specialer, at opnå en synergieffekt med højnelse af det faglige niveau inden for forskning, udvikling og kvalitet til følge, således at centret kan blive en kompetent modvægt mod universitetshospitalernes ydelser.

"Funktionerne er nu samlet efter den funktionelle produktionsform i stedet for primært efter specialer. I det, der hedder rutineproduktion, kan man fra brugerside sådan set være ligeglad med, om vi kalder det mikrobiologi, blodbank eller farmakologi. Det skal bare køre, Og det skal køre døgnet rundt. Ved at lave serviceskakten i midten, billiggøres hele produktionen, og vi har muliggjort individuel udvikling i små rum men har samtidig de store hangar-flader, hvor man kan lave robotisering og automatisering. Dermed skulle vi gerne have fået et byggeri, der også kan leve op til behovet om 10-20 år, konstaterer Ivan Brandslund og pointerer, at den firkantede bygning uden lange gange sparer personalet for mange unødige skridt. Og det har været en meget vigtig detalje i planlægningen af byggeriet", (122).



Organisatorisk har det været lidt af et puslespil at få laboratoriecenteret til at fungere. Samtlige overlæger var enige om at ville samles i en fælles bygning. Men gruppen var, ikke overraskende, ikke enige om ledelsesformen. I organisationsplanen præciseres det, at "centerledelsen (laboratoriechef og driftschef) er øverste administrative og økonomiske ansvarlige for centrets funktioner. Herunder at udmeldte strategiske, udviklings-, service og produktionsmæssige mål opfyldes. Som en del heraf er opgaven at integrere og koordinere

funktionerne optimalt ud fra en kvalitets-, service-, og produktivitets- og økonomisk synsvinkel." Det skal naturligvis foregå i tæt samarbejde med specialechefer og funktionsledere med

hensynstagen til de enkelte specialers udviklingsmuligheder og samfundets behov. – ”Vi var enige om nødvendigheden af at gå sammen for at undgå at blive overhalet inden af private, kommercielle laboratorier og måske også risikere at miste specialer. Nu er vi så inde i fasen, hvor vi skal have afklaret, hvordan de ledelsesmæssige ting skal på plads, konstaterer Ivan Brandslund”.

Elektroniske patientjournaler, EPJ, talegengivelse og IT-udviklingsprojekter

Vejle amt var ét af de første amter, der gav sig kast med elektroniske patientjournaler (EPJ), noget der på landsplan har voldt store vanskeligheder og anno 2008 fortsat ikke har fundet en endelig løsning. Vejle Amt var ved ophøret af 'amtstiden' på forkant med udviklingen i den forstand, at EPJ det for praktiske formål var indført alle steder, og talegengivelse var godt på vej på Vejle-Give Sygehus.

I Vejle amt startede EPJ i 1994 med, at sundhedsudvalget var på studietur til USA og blev præsenteret for et IT-system, (123). Det første – ikke særligt succesfulde - EPJ-projekt blev gennemført på ortopædkirurgisk afdeling og bestod i realiteten af en fysisk indscanning af papirjournalen. Projektet blev lukket efter et års tid i erkendelse af, at systemet ikke var godt nok til daglig drift. Afdelingen gav dog ikke op og endte med at have et system, som var baseret på direkte indtastning, og en egentlig EPJ-løsning blev sat i drift i sensommeren 1997. Et andet system for obstetrikken blev udviklet i et samarbejde med det daværende Kommunedata og blev sat i drift på Horsens Sygehus sidst på året 1999.

Disse to projekter lagde grundstammen til Vejle Amts EPJ-strategi fra 1998 – nok det første amt med en sådan strategi, omend Sundhedsministeriet i 1996 havde udgivet “Handlingsplan for Elektroniske Patientjournaler” og i 1997 søsatte et økonomisk støtteprojekt til EPJ-projekter, det såkaldte HEP-program, hvorfra bl.a. Vejle-Give Sygehus modtog støtte.

Kerneideen i EPJ-strategien var, at EPJ skulle implementeres i form af et standardprodukt, dvs. ikke kostbar og risikofyldt egenudvikling og, at der skulle udvikles integration til andre IT-systemer og medicoteknisk udstyr, fx analyseautomater og røntgen.

I 2006 var alle kliniske afdelinger i Vejle Amt på EPJ, også de psykiatriske. EPJ omfattede følgende funktionaliteter: Tekstnotater, fx stuegangsnotater, ambulantnoter og skadenotater, medicinmodul, der er integreret til respektive sygehusapotekers medicinsystem, oversigt over hvilke patienter, der er indlagt hvor og hvilke pleje/behandlingsgrupper, de er tilknyttet, integration til laboratoriesystemerne, integration af EKG således at EKG-billeder vises i EPJen og (delvis) integration med det patient-administrative system (Det Grønne System).

Vejle Amt var godt placeret vedrørende såvel produktivitet som kvalitet. EPJ kan have bidraget hertil, (123), fordi en væsentlig forklaring på produktivitetsstigninger er ny teknologi og dertil hørende ændringer af arbejdsgange- og metoder. I 2004/2005 blev følgende anført: 1. kvaliteten af medicinering markant forbedret ved at omfanget af fejlmedicinering var blevet reduceret: En forbedring på omkring 30 procentpoint. 2. administrativ tidsbesparelse på mindst 4% og 3. bedre dokumentation af patientforløbet. Hertil kommer, at der i forbindelse med indførelse af EPJ har været gennemført arbejdsgangsanalyser, der utvivlsomt også har bidraget til produktivitetsforbedringer.

I 2005 kunne Vejle Amts Folkeblad skrive følgende brug af talegengivelse på Give-Vejle Sygehus:

”En stor del af lægesekretærernes arbejde falder bort, fordi vi indfører talegengivelse på alle afdelinger. Derfor er der indført ansættelsesstop per 1. februar, men der er jobgaranti for samtlige 120 lægesekretærer, siger han. Talegengivelse er et system, hvor en computer udskriver lægernes diktater til diktafonen direkte uden, der behøver et menneske dvs. en lægesekretær ind i midten. Indenfor de næste par år indføres det system for alle afdelinger, hvilket sker som det første sted i landet”

Og talegengivelsen, TGK, blev integreret i EPJ-systemet. Ved udgangen af 2006 var TGK implementeret i 7 afdelinger og anvendtes af mere end 200 brugere. Læger, der arbejder inden for et afgrænset speciale med den samme type af patienter og dermed ordvalg opnåede den bedste genkendelse og dermed også den største gevinst ved at bruge systemet, da der ikke bruges meget tid til korrekturlæsningen. Generelt brugte lægerne mere tid på journalføringen med TGK, men fordelene er, at proceduren kan afsluttes i en arbejdsgang. Den helt store gevinst ved TGK er, at journalnotaterne er tilgængelige for alle straks efter dikteringen. Det er til fordel for alle, der er involveret i pleje og behandling af patienten. Heri kan ligge en tidsbesparelse i forhold til f.eks. færre telefonopkald, adgang til relevante data, planlægning etc.

Som altid kommer sådanne resultater og brug af innovative muligheder ikke ud af det blå. Ifølge Ugeskrift for Læger gik udviklingsarbejdet i gang i 2002 og startede med radiologi. Der viste sig hurtigt markante effekter:

”Før talegenkendelsen var der en gennemsnitlig svartid på røntgenundersøgelser på fem dage, men nu er svartiden under et døgn. »I princippet lige så hurtigt vi gider godkende,« fortæller Thomas Skjødt. Han opridser et typisk undersøgelsesforløb med talegengivelse: Røntgenafdelingen får en henvisning om morgenen og laver undersøgelsen i løbet af formiddagen. Kl. 13 ligger der et godkendt diktat, og sekunder efter har den behandlende afdeling svaret. 60-70 procent af svarene bliver sendt videre elektronisk. »Konsekvensen er, at vi i bedste fald skærer en indlæggelsesdag væk,« siger Thomas Skjødt”, (124).

På Horsens Sygehus indgik i 2003 i et forsknings- og udviklingsprojekt, iHospital, sammen med Centre for Pervasive Healthcare under Aarhus Universitet og teknologileverandør Medical Insight. En nyudviklet teknologi til at koordinere operationer og lokalisere personale blev det synlige resultat af samarbejdet. Det blev sat i drift 2005/2006. iHospital⁶⁷ er en teknologi, der gør det nemmere at koordinere operationer og lokalisere personalet. Ved hjælp af blandt andet fingertouch skærme placeret på operationsstuerne og på de tilhørende senge- og opvågningsafdelinger kan man via videoklip og symboler følge med i, hvor langt man er nået i de forskellige operationer, kommunikere med personalet på stuerne og lokalisere det resterende personale, hvilket afhjælper mange forstyrrende telefonopkald og fremmer koordineringen af arbejdet.

Og det er ikke teknologi for teknologiens skyld, men noget der giver bedre arbejdsprocesser:

⁶⁷ iHospital omfatter tre projekter: 1. Den Interaktive OP-plan: Store skærme giver overblik over operationer, patienter, personale og mulighed for tekstkommunikation og videokig til operationsstuerne, jfr. beskrivelsen i teksten, 2. Den Interaktive Telefon: Viser hvor kirurger, sygeplejersker og andet operationspersonale befinder sig på hospitalet - foruden at blive brugt til almindelig samtale og tekstbeskeder. 3. Den Interaktive OP-stue: Kirurger skal under en operation via stemmestyring kunne kalde f.eks. patientjournaler, røntgenbilleder og anatomiske oversigter frem på store skærme - foruden at lægen skal kunne diktere direkte til tekst, f.eks. en operationsbeskrivelse, under selve operationen. Det kræver bl.a. velfungerende talegenkendelsesprogrammer, (125).

”En operationsafdeling rummer jo meget komplekse processer med mange aktører, både personale og patienter. Der er erfaringsmæssigt mange steder i processen, hvor der er spildtid, og formodentlig nok til at man kunne klare en eller flere ekstra operationer om dagen, hvis man fik et bedre overblik over, hvor langt en operation er i sit forløb, hvor langt næste patient er i forberedelsen til operationen, hvor næste hold kirurger befinder sig, og om opvågningsstuen er klar til at modtage den opererede patient. I sidste ende kan anvendelsen af ny teknologi, som den vi afprøver i øjeblikket, betyde mindre spildtid og flere patienter gennem afdelingen med de samme ressourcer”, siger[den adm. overlæge],.(125).

Et evigt tilbagevendende spørgsmål lyder: Hvorfor kan noget lykkes et sted, medens det støder på grund andre steder? Hvorfor har Vejle amt og ikke blot Vejle Sygehus været på forkant med den digitale udvikling? Der findes ikke et simpelt og kort svar.

Det generelle svar skal utvivlsomt findes i litteraturen om organisationskultur og forandringsledelse, hvor det første er noget, der opbygges over mange år, medens det sidste vedrører den ledelsesmæssige evne til ikke blot at indføre ændringer, givet organisationskulturen, men også gennemføre dem med succes. Overordnet drejer det sig om at skabe et miljø, hvor innovation og fornyelse er positive værdier og på det mere praktiske plan om elementer som evnen til at tænke visionært⁶⁸, uden at det bliver utopi, evnen til at skabe ejerskab hos de berørte personalegrupper, evnen til at skabe økonomisk og tidsmæssig rum til fornyelsesarbejde, evnen til at synliggøre gevinster for medarbejdere og politikere og generelt evnen til at styre og implementere komplicerede projekter. Og så utvivlsomt også, at man ikke render ind i not-invented-here-syndromet, som gør, at man ikke absolut skal genopfinde den dybe tallerken hver gang, jfr. at man i EPJ-strategien ville bruge standardsoftware og/eller har været i udviklingssamarbejde med private firmaer.

AFSLUTTENDE OBSERVATIONER

Uden at det er en floskel i et amt, der huser Jelling-stenene, er der i dette kapitel blevet ristet en rune over Vejle Amts sundhedsvæsen i fortid og nutid. Vejle Amts sundhedsvæsen fortjener en mindesten. Ikke som selvtilfreds ’pral’, men fordi der er mange mindeværdige ting at beskrive og huske. Runeindskrifterne var lakoniske – ofte blot navne. Gennemgangen her har langt fra denne korte form.

Der har ikke været plads til tilnærmelsesvis alt, der kunne fortjene omtale. I stedet for en superkort og usammenhængende omtale af enkelaktiviteter, har der været brugt en tematiseret tidskronologisk fremstilling med rimelig plads til beskrivelse af vigtige milepæle med vægt på at komme rundt om hele sundhedsvæsenet: Forebyggelse, praksissektoren samt det somatiske og psykiatriske sygehusvæsen.

Der er ikke blevet plads til fx en særskilt omtale af kvalitetsaktiviteterne, hvor Vejle Amt allerede var godt i gang, da den første nationale kvalitetsstrategi kom i 1993, (90). I 1991-sundhedsplanen

⁶⁸ Vejle Sygehus har formuleret et værdigrundlag, hvor der bl.a. står, at det skal være ’forrest i at bruge it, avanceret teknologi og ny viden...’ (Ugeskrift for Læger, 2006;168(4):410). Det er den mindste kunst at skrive det, men det er praktisk ledelseskunst at omsætte en så ambitiøs målsætning til virkelighed.

var der en række mål om kvalitetsudvikling for almen praksis og sygehusafdelingerne. Kvalitetsområdet kunne derfor godt have fortjent en mere uddybende omtale.

Det samme kunne fx arbejdet med sammenhængende patientforløb (110;111), medicinværksteder for de praktiserende læger eller samarbejde med fire andre amter om en mobil nyrestensknuser osv. Der har været tale om et valg, hvor der kun er blevet begrænset plads til omtale af sådanne hver for sig væsentlige og interessante enkelaktiviteter.

Der har kun i et vist omfang været plads til mere dybtgående forklaringsforsøg på, hvorfor det gik som det gik, hvad der forklarer den gode udvikling. Betydningen af stiafhængighed med vægtlægningen af initialbetingelser- og beslutninger er fremhævet nogle gange. Betydningen af stærk politisk lederskab, alt for ofte overset, fremgår tydeligt ved beskrivelsen af 70erne, ligesom betydningen af midler til forsøg og omstilling også har spillet en rolle, fx ved ændringerne sidst i 80erne og halvfemserne. Man kan let risikere at 'spare sig ihjel' og blive smålig. Det har man undgået i Vejle Amt i alle årene. Tillidsforholdet mellem politikere – embedsværket – og de ansatte på sygehuse⁶⁹, især lægerne, har altid været stærk, næsten legendarisk, og betydet meget for i gangsætning af mange initiativer. Det er en kultur, som gradvist er vokset frem. Når den én gang har vundet fodfæste er den stærk, men det tager mange år. Det kommer ikke ved at knipse med fingrene.

Der kan være en tendens til, at en fremstilling som denne fokuserer på de positive og mindeværdige forhold og nedspiller eller overser fx negative forhold, bl.a. klager over behandling, erstatninger, mislykkede projekter, forsinkelser osv. Det giver normalt dårlig presseomtale. Et eksempel herpå er den modernisering af Vejle Sygehus, der blev afsluttet i 1991 og gav anledning til megen debat i sidste halvdel af året og førte til afskedigelse af sygehusdirektøren. Der var dels tale om budgetoverskridelser, dels overskridelse af underforståede eller eksplicite normer for, hvordan man direktør kan disponere.

Enhver der besøger sygehuset i dag vil finde, at forhallen er tiltalende – selv næsten 20 år efter indvielsen. Man vil bl.a. se et flygel og en lang 'italiensk' cafedisk, som gav anledning til at tale om frås og misbrug af skatteydernes penge⁷⁰. Der blev også udformet et nyt logo for sygehuset – lavet af Per Arnoldi. Det blev dog aldrig ibrugtaget, fordi amtssundhedsdirektøren (nærværende forfatter) stoppede det med et skriftligt påbud stort set samme dag, som det skulle monteres. Det illustrerer, hvordan lokale interesser varetages på bekostning af helheden, fx at direktøren ikke holdt sig til amtets design- og logopolitik – og at en direktør kan glemme eller vælge at overse den organisation, han er en del af.

Stram økonomi og krav til god økonomistyring var nye krav i sundhedsvæsenet fra midten af 80erne og fremefter. Dette er kun berørt overfladisk her, men det kan på den negative side nævnes, at det sidst i 80erne kostede en direktør på Kolding Sygehus stillingen. Kravet om budgetover-

⁶⁹ En lille detalje: Sygehusudvalget og senere sundhedsudvalget henlagde flere af de årlige møder til sygehuse, hvor man startede med at spise frokost med ledelsen, overlæger (inden der blev for mange!) og nøglemedarbejdere. Det gav mulighed for direkte kontakt med politikerne og gav politikerne indblik i, hvad der rørte sig uden formidling gennem embedsværket. - Dette er kulturskabende- og bærende.

⁷⁰ Jeg forlod selv Vejle Amt per 1. august 1991 for at tiltræde en direktør-stilling i en privat virksomhed og kunne derfor følge forløbet fra sidelinjen. 'Forargelse' over, hvad der forekommer 'dyrt og luksus', hænger ofte sammen med, at folk – og især journalister - ikke ved, hvad noget andet koster. Skæbnen ville, at jeg i mit nye job skulle tage stilling til en 'almindelig' stålskranke/disk til én af vores kantiner. Det viste sig, at det stort set kostede det samme som den luksuriøse italienske på Vejle Sygehus. Tilsvarende koster et brugt flygel ikke mere end et klaver i en dagligstue på en afdeling.

holdelse var stramme og økonomiudvalget understregede i forsommeren 1987 over for direktørerne, at vedvarende overskridelser kunne bringe deres ansættelse i fare.

Sådan er der naturligvis negative historier – ikke vedvarende, men sporadisk. Sundhedsvæsenet i Vejle Amt har alt i alt haft god og positiv pressedækning. Nogle af negative forhold trak lange spor, fx en patientsag på Vejle Sygehus, der førte til, at en overlæge begik selvmord, (15;126) – en sag der berørte mig dybt. Andre 'sager' svarede godt til det gamle ord om, at dagens aviser bruges til at pakke torsk ind i dagen efter. De relativt få sager indikerer måske også, at Vejle Amt har været et velleddet amt: Politisk, administrativt og fagligt.

LITTERATUR

- (1) Nørager PE (red). På lejet grund til evig tid. Horsens Sygehus's 75 års jubilæum den 18. juni 1983. Vejle: Vejle Amts Sygehusudvalg; 1983.
- (2) Malchau S. Sankt Josephs hospitalerne i Danmark 1875-1990. *Bibl Læger* 2003;195:135-75.
- (3) Knudsen C (red). Det danske sygehusvæsen, bd I og II. København: J. Jørgense & Co Bogtrykkeri 1962; 1962.
- (4) Vejle Sygehus. Vejle Sygehus i de først 100 år. Vejle: Vejle Sygehus; 1990.
- (5) Bremer AF. Medicinalpersonalet og medicinalanstalter i Danmark. København: Sundhedskollegiet; 1840.
- (6) Jeppesen K, Søster Frederikke, (red). ... omkring Sct. Maria. Vejle: Sct. Maria Hospital; 1988.
- (7) Kjær I. Fra magi og urter til kikkertoperationer : i anledning af Give Sygehus 1894-1994. 1994.
- (8) Rosendahl H. Arme, ej dorske tør her sig fryde. Om sygehuse i Fredericia 1749-1981. Vejle: Vejle Amts Sygehusvæsen; 1981.
- (9) Sørensen T. Kolding Sygehus gennem 200 år. Træk af sygehusets historie. Kolding: Kolding Sygehus; 2000.
- (10) Sørensen T. Fredericia og Kolding Sygehuse gennem 125 år. Kolding: Kolding Sygehus; 2006.
- (11) Sørensen P, Jensen KL, Moseholm K, Nellemann A. Hospitaler og sygehuse i Kolding. Kolding: Vejle Amt; 1980.
- (12) Bak-Jensen S. En annoteret bibliografi over det danske sundhedsområdes siden 1945. www.museion.ku.dk/upload/bid_001.pdf 2005.
- (13) Sundhedsstyrelsen. Sygehusvæsenets Planlægning. Fra Sundhedsstyrelsen (normalt publiceret i *Ugeskrift for Læger*) 1968;(33).
- (14) Kjær HC. Amterne og sygehuse. In: Hvidt K, editor. *Amterne & Amtsråd. De første 150 år.* København: Amtsrådsforeningen; 1991. p. 127-57.
- (15) Pedersen K. Sundhedspolitik. Beslutningsgrundlag, beslutningstagen og beslutninger i sundhedsvæsenet. Odense: Syddansk Universitetspresse; 2005.
- (16) Blichfeldt H. Vejle Amtsråd 1842 - 1970. Vejle: Vejle Amts Årsbøgers Monografier; 1985.
- (17) Kommunalreformkommissionens sekretariat - Landsplanudvalgets sekretariat. *Amtskommuner - befolkning, opgaver, økonomi, oplande.* København: Kommunalreformkommissionens sekretariat; 1968.
- (18) Sundhedsstyrelsen. Kvalitet i sygehusvæsenet. Befolkningsunderlagets betydning for kvalitet i patientbehandling, uddannelse og forskning. København: Sundhedsstyrelsen; 1999.
- (19) Sundhedsstyrelsen. Styrket akutberedskab. Planlægningsgrundlag for det regionale sundhedsvæsen. København: Sundhedsstyrelsen; 2007.

- (20) Asmussen O. Principperne bag den kommunale inddeling. In: Heide-Jørgensen M (red), editor. Indenrigsministeriet 1848-1998. København: Indenrigsministeriet; 1998.
- (21) Indenrigsministeriet. Vejledende retningslinier for planlægningen af sygehusvæsenets fremtidige udbygning. København: Indenrigsministeriet; 1971.
- (22) Herschend P. Sygehusenes Udvikling i Vejle Amt. In: Centralforeningen af Sygekasser i Vejle Amt, editor. Centralforeningen af Sygekasser i Vejle Amt 1894-1944. Vejle: Centralforeningen; 1944. p. 22-44.
- (23) Jørgensen H. Vanføreforsorgen i Danmark gennem 100 år. København: Samfundet og Hjemmet for vanføre; 1972.
- (24) Sørensen P (red). Hospitaler og sygehuse i Kolding. Vejle: Vejle Amtsråd; 1980.
- (25) Amtsrådsforeningen. Sygehusvæsen - foredrag ved konferencen på Den kommunale Højskole 28.-29. oktober 1970. København: Amtsrådsforeningen; 1970.
- (26) Jacobsen JW, Narvestad T, Andersen M, Asbirk V. Jysk Nervesanatorium VejleFjord 1957-1982. Stouby: Jysk Nervesanatorium VejleFjord; 1982.
- (27) Jensen J, Andersen BF. Brødstrup sygehus' historie. In: Brødstrupegnens Hjemstavnsforening, editor. Brødstrupegnens Hjemstavnsforening. Årsskrift 1987. Brødstrup: 1987. p. 17-25.
- (28) Christensen C. Stifthospitalerne og sindsygeplejen : kostre, hospitaler og andre stiftelser oprettede af private i Danmark. Nationaløkonomis tidsskrift 1881;18(3):116-43.
- (29) Johannessen A. Jysk Nervesanatorium 1957-1967. Jysk Nervesanatorium; 1968.
- (30) VejleFjord. VejleFjord dengang. Stouby: 2007.
- (31) Wilsford D. Path dependency, or why history makes it difficult but not impossible to reform health care systems in a big way. Journal of Public Policy 1994;14(3):251-83.
- (32) Amtsrådsforeningen. Opgavefordeling og sygehusplanlægning. Referat af mødet d. 12. februar 1971. København 1971 . 1971. København, Amtsrådsforeningen.
Ref Type: Generic
- (33) Amtsrådsforeningen. Sygehusvæsenets fremtidige udbygning. Referat af mødet den 22. marts 1971. København: Amtsrådsforeningen; 1971.
- (34) Indenrigs- og sundhedsministerens Rådgivende Udvalg. Sundhedsvæsenets Organisering - sygehuse - incitament - amter og alternativer (in Danish: the organization of the health care sector - hospitals - incentives - counties and alternatives). København: Indenrigs-og sundhedsministeriet; 2003.
- (35) Amtsrådsforeningen. Sundhedspolitik eller sygdomspolitik. Foredrag ved Amtsrådsforeningens sundhedspolitiske konference i Gellerupcenteret i dagene 3. - 4.maj 1976. København: 1976.
- (36) Hansen HC. Historien om sygekasserne. Ålborg: 1974.
- (37) Nyland N. De praktiserende læger i Danmark 1800-1910. Odense: Forskningsenheden for almen praksis; 2000.

- (38) Møller JA, Olsen E. Landlæger i Vejle amt 1713-1996. Vejlægen 1997;(oktober (særnummer)).
- (39) Thomsen B. Vejle og Skanderborg Amters Kredsforeninger 1858-1958. Ugeskrift for Læger 1958;120(48):1623-37.
- (40) Centralforeningen i Vejle Amt. Centralforeningen af Sygekasser i Vejle Amt. Jubilæumsskrift 1894-1944. Vejle: 1944.
- (41) Nyland N. Alment praktiserende læger i Danmark 1900-2000- en professionshistorie. Odense: Institut for Sundhedstjenesteforskning; 2006.
- (42) Socialreformkommissionen. Det sociale trykkesystem. Struktur og dagpenge. Socialreformkommissionens 1. betænkning. Betænkning nr. 543. København: Statens Trykningskontor; 1969.
- (43) Ammundsen E. Sundhed og sygdom i fremtiden. Ugeskrift for Læger Fra Sundhedsstyrelsen) 1970;18:244-8.
- (44) Rasmussen O. Sygesikringsloven. 1. udgave. Kommenteret af Ole Rasmussen. København: Jurist- og Økonomiforbundets Forlag; 1979.
- (45) Cliff H. Fast ansat ved mysteriet. Den Almindelige Danske Jordemoderforening 1902-2002. København: Den Almindelige Danske Jordemoderforening; 2002.
- (46) Indenrigsministeriet. Betænkning om fødselshjælpens tilrettelæggelse. Betænkning nr. 633. København: Indenrigsministeriet; 1972.
- (47) Sygehusudvalget Vejle Amt. Vejle amts sygehusvæsen 1981-1992. Vejle: Vejle Amt; 1991.
- (48) Sygehusudvalget Vejle Amt. Vejle Amts Sygehusvæsen 1984-1996. Vejle: Vejle Amt; 1985.
- (49) Planinformationsudvalget. Al den planlægning - hvorfor og hvordan? : redegørelse fra planinformationsudvalget om videreudviklingen af de statslig-kommunale plansystemer. København: Finansministeriet, budgetdepartementet; 1983.
- (50) Sundhedsministeriet. Samarbejde og planlægning på sundhedsområdet. Vejledning. København: 1994.
- (51) Indenrigsministeriet. Cirkulære om ændrede tidsfrister m.v. for indsendelse af sygehusplaner. 20. december 1978. 1978.
- (52) Amtsrådsforeningen. Sygehusplanlægning. Stenografisk referat af møde på Den Kommunale Højskole d. 3. maj 1973. København: Amtsrådsforeningen; 1973.
- (53) Ammundsen Esther. Amanda Fortæller. Tidsbilleder fra det 20. århundrede. København: Rosinante/Munksgaard; 1990.
- (54) Regeringen. Perspektivplanlægning 1970-1985 (PP I). København: Schultz Forlag; 1971.
- (55) Regeringen. Perspektivplan-redegørelse 1971-1987 (PP II). København: 1973.
- (56) Indenrigsministeriet. Prioritering i sundhedsvæsenet. Betænkning fra sundhedsprioriteringsudvalget. Betænkning nr. 809. København: Indenrigsministeriet; 1977.

- (57) Amdsrådsforeningen. Nogle sundhedspolitiske problemstillinger. Et debatopæg til Amdsrådsforeningens sundhedspolitiske konference 3.-4. maj 1976. København: 1976.
- (58) Pedersen KM. Pedersen, Kjeld Møller: Kommunal medfinansiering og økonomiske incitamenter. FOKUS-Nyt 2005;(29):4-12.
- (59) Indenrigsministeriet. Sparevejledning for sygehusvæsenet. 1976.
- (60) Sundhedsstyrelsen. Ressourceanvendelse i sygehusvæsenet - et idé-katalog. København: 1980.
- (61) Indenrigsministeriet, Sundhedsstyrelsen. Bilagshæfte til Sygehusvæsenet 1978-1991. Planredegørelse 1983. København: 1983.
- (62) Sygehusudvalget Vejle Amt. Vejle Amts Sygehusvæsen 1975-1990. Vejle: Vejle Amt; 1977.
- (63) Kruse PR. De københavnske sygehusapoteker og deres faglige betydning. In: Nils Rosdahl, editor. Dansk Medicin Historisk Årbog 2005. København: 2008.
- (64) Kruse P, Møller N. Apotekervæsenets historie i Danmark. København: Danmarks Apotekerforening; 2001.
- (65) Sygehusapotekerkredsen - Dansk Farmaceutforening. Sygehusfarmaci i Danmark 1973. København: Dansk Farmaceutforening; 1973.
- (66) Svoboda S, Vedsø S. Sygehusapoteksdrift i Vejle Amt. Farmaceutisk Tidende 1980;90(31/32):622-6.
- (67) Andersen V. Sygehusapoteker og sygehusfarmaci. Archiv for Pharmaci og Chemi 1981;138(3):93-9.
- (68) Sundhedsstyrelsen. Dialyse og nyretransplantation. Organisaton af behandling. Indberetning nr. 3 fra sundhedsstyrelsens dialyse og nyretransplantationsudvalg. København: Sundhedsstyrelsen; 1980.
- (69) Røjel J. Om formynderi og magtkoncentration. Ugeskrift for Læger 1969;131(8):347-9.
- (70) Sundhedsstyrelsens planlægnings-og visitationsudvalg. Onkologi. Organisation af undersøgelse og behandling. København: Sundhedsstyrelsen; 1979.
- (71) Kolding Sygehus. Børneafdelingens 25 års jubilæum. Kolding: Kolding Sygehus; 1991.
- (72) Sundhedsstyrelsen. Nyt fra Sundhedsstyrelsen: Betænkning om psykiatriens udvikling i Danmark i den nærmeste fremtid (udarbejdet af Dansk Psykiatrisk Selskab og Danske Psykiateres og Børnepsykiatrikeres Organisation. Ugeskrift for Læger 1970;(18):225-48.
- (73) Dansk Psykiatrisk Selskab, Danske Psykiateres og Børnesykiateres Organisation. Betænkning om Psykiatriens udvikling i Danmark i den nærmeste fremtid. Ugeskrift for Læger (Fra Sundhedsstyrelsen) 1970;18:225-43.
- (74) Amdsrådsforeningen. Psykiatriens 25 år i amterne - fortalt i tal. København: Amdsrådsforeningen; 2002.
- (75) Bjerrum M. Psykiatri i tidens perspektiv. Empiriske studier over danske hospitalspsykiatri 1930-1990. (PH.D.-afhandling). Århus: Psykiatrisk Hospital i Århus; 1998.

- (76) Sociaministeriet, Sundhedsministeriet, Amtsrådsforeningen. På vej ud i samfundet. Psykiatriens første 25 år i amterne. Vejle: Vejle Amt; 2001.
- (77) Andreasen G (red). Psykiatrisk afdeling Vejle Sygehus. 25 år - 1964-1989. Vejle: Vejle Amt; 1989.
- (78) Sygehusforvaltningen Vejle Amt. Forslag til planlægning af den psykiatriske service i Vejle amtskommune (særnummer af PULS). Vejle: Vejle Amt; 1978.
- (79) Sundhedsministeriet. 90'ernes psykiatri. Oplæg ti temaplanrunde 1989-90. København: Sundhedsministeriet; 1998.
- (80) Vejle Amt. Hvidbog om udviklingen iden for Vejle amts sygehusvæsen (og bilagsbind). Vejle: Vejle amtsråd; 1987.
- (81) Sundhedsforvaltningen. Praksisplan for Alment praktiserende læger i Vejle Amt 2004. Vejle: Vejle Amtsråd; 2004.
- (82) Albinus S. Model Vejle Amt. Ugeskrift for Læger 1991;153(7):529-33.
- (83) Pedersen KM (red), Borum F, Hougaard L, Thinggaard DM. Sundhedsvæsenets økonomi, organisation og ledelse. København: Gads Forlag; 2006.
- (84) Sundhedsforvaltningen Vejle Amt. Sundhedsplanlægning i Vejle Amt. Målsætninger, rammer og tilrettelæggelse. Vejle: Sundhedsforvaltningen; 1989.
- (85) Vejle Amt. Vurdering af og ønsker til sundhedsvæsenet i Vejle Amt. Vejle: 1988.
- (86) Ekstranummer af PULS - persoaleblad for Vejle Amts Sundhedsvæsen, oktober 1988. Vejle: Sundhedsudvalget; 2008.
- (87) Vejle Amtsråd, Sundhedsudvalget. Sundhedsplan. Vejle Amts Sundhedsvæsen. Vejle: 1991.
- (88) Sørensen Finn. Forebyggelse: definitioner - blokering - muligheder: Vejle Amts Sundhedsplan 15, forebyggelse på sygehuse. Vejle: Vejle Amt; 1992.
- (89) Sundhedsstyrelsen. Kronisk Sygdom. Patient, sundhedsvæsen og samfund. Forudsætninger for det gode forløb. 3269. København: Sundhedsstyrelsen; 2005.
- (90) Sundhedsstyrelsen, Sundhedsministeriet. National strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet. København: Sundhedsstyrelsen; 1993.
- (91) Sundhedsministeriet. Regeringens Forebyggelsesprogram. København: Sundhedsministeriet; 1989.
- (92) Sundhedsministeriet. Regeringens folkesundhedprogram 1999-2008. København: Sundhedsministeriet; 1999.
- (93) Forebyggelsesudvalget. Beretning 1989/90. Kolding: Vejle Amt; 1991.
- (94) Houmøller Jutta. Hvornår mon ...? (e-mail med angivelse af større aktiviteter i Forebyggelsesudvalget. Kjeld MøllerPedersen, editor. 28-7-2008. Ref Type: Personal Communication

- (95) Sandvad Henrik. Ny direktør med respekt for fart. Vejle Amts Folkeblad 2008 Oct 4.
- (96) Formidlingscentret for socialt arbejde. Evaluering af Projekt Stormfulde Højder i Vejle Amt. Forebyggelsesudvalget i Vejle Amt; 1998.
- (97) Fønnesbeck Jens. Før vi forstår kick'et i rusen kommer vi ikke i dialog med de unge (tema-artikel om Stormfulde Højder). Stof 1999;(10).
- (98) LVP. Rammeplan. Vejle Amt - et hjerteamt (j.nr. -50-9-7-88). Sundhedsforvaltningen; 1988.
- (99) Sørensen F. Historisk rids over projekt "Vejle amt - et hjerteamt". Vejle: Vejle Amt; 1995.
- (100) KMP. Vejle Amt - et hjerteamt. Udkast 3. Vejle: Vejle Amt/Sundhedsforvaltningen; 1988.
- (101) DIKE. 'Vejle Amt - et hjerteamt' - en evaluering. København: Vejle; 1993.
- (102) Sundhedsforvaltningen. Forebyggelse på sygehusene i Vejle Amt : projektbeskrivelser 1998-2000. Vejle: Vejle Amt; 2000.
- (103) Sundhedsforvaltningen - Vejle Amt. Strategi for sundhedsfremme og forebyggelse i Vejle Amt. Vejle: Vejle Amt; 2002.
- (104) Sundhedsforvaltningen - Vejle Amt. Temaplanen Alkohol. Vejle: Vejle Amt; 1997.
- (105) Sundhedsforvaltningen - Vejle Amt. Temaplanen "Mellem to stole". Vejle: Vejle Amt; 1997.
- (106) Vejle Amt. Sundhedsplan for Vejle Amt 1998-2001. Vejle: Vejle Amt; 1997.
- (107) Vejle Amt. Sundhedsplan for Vejle Amt 2002-2005. Vejle: Vejle Amt; 2001.
- (108) Sundhedsforvaltningen. Temaplanen "Uden for åbningstid". Vejle: Vejle Amt; 1997.
- (109) Sundhedsministeriet. Udfordringer i sygehusvæsenet. Betænkning fra Sygehuskommissionen, betænkning nr. 1329. Sundhedsministeriet, København 1997 .
Ref Type: Generic
- (110) Pedersen AM. Udvikling af patientforløb på Vejle sygehus. Tidsskrift for dansk sundhedsvæsen 1998;74(10):316-8.
- (111) Vejle Sygehus, Anders M Pedersen, Ditte Thinggaard. Det hensigtsmæssige patientforløb, udvikling og erfaringer. Vejle: Vejle Sygehus; 1999.
- (112) Hanberg T, Nielsen SF. Vejle Amt som funktionsbærende enhed. Ugeskrift for Læger 2000;(26).
- (113) Steensen JP. Afdelingerne skal samarbejde. Ugeskrift for Læger 2000;(26):3769-71.
- (114) Vejle Amt. Vejle Amt - som funktionsbærende enhed. Vejle: Vejle Amt; 1999.
- (115) Dansk Kirurgisk Selskab. Kirurgisk organisation, udvikling og kvalitet. 1996.
- (116) Dansk Medicinsk Selskab. Lægefaglig basis for sygehusvæsenets struktur. Kvalitet, organisation, uddannelse og forskning i den funktionsbærende enhed. København: Dansk Medicinsk Selskab; 1998.

- (117) Sundhedsforvaltningen. Hvad nåede vi? Et tilbageblik og et blik fremad, 1989. Vejle: Vejle Amt; 1990.
- (118) Sundhedsforvaltningen. Årsberetning 1990 - Vejle Amts Sundhedsvæsen. Vejle: Vejle Amt; 1991.
- (119) Sundhedsministeriet. Sundhedssektoren i tal, juni 2007. København: 2007.
- (120) Haller J. Patienten er en gevinst. Ugeskrift for Læger 2003;165(21):2222-3.
- (121) Vedsted P, Christensen MB. Opfølgning af patienter fire et halvt år efter indlæggelse på Livsstilscentret i Brædstrup. Ugeskrift for Læger 2007;169(21):2016-20.
- (122) Hollnagel B. Laboratoriecentret ved Vejle Sygehus det første af sin art i Danmark. Tidsskrift for dansk sundhedsvæsen 2000;76(6):196-9.
- (123) Ibsen V. Næsten 10 år med EPJ i Vejle Amt : hvorfor er Vejle Amt så begejstret for elektroniske patientjournaler? Tidsskrift for dansk sundhedsvæsen 2004;80(8):262-4.
- (124) Goodstein J. Talegenkendelse fremskynder behandling. Ugeskrift for Læger 2003;165(48):4672-5.
- (125) Goodstein J. Operationsafdelingen får nye øjne. Ugeskrift for Læger 2006;168(9):940-2.
- (126) Pedersen KM. Hvem holder pressen i ørerne? Morgenavisen Jyllands-Posten 1991;16. jui.

Studies in Health Economics present the results of health economics research at Institute for Public Health, Health Economics, University of Southern Denmark.

Professor Terkel Christiansen is editor of the series. He is professor of health economics and head of the department of Health Economics University of Southern Denmark.

Further information

Institute of Public Health
Department of Health Economics
University of Southern Denmark
J.B. Winsløvsvej 9, 1
DK-5000 Odense C
Denmark

Telephone: +45 6550 3081
Fax: +45 6550 3880
email: hmj@sam.sdu.dk

ISBN Nr.: 978-87-89021-66-9

