

SYGEHUS- VÆSENET I DANSK POLITIK 1930-1990 ¹

Af Signild Vailgård

Sygehusvæsenet er en af velfærdsstatens store institutioner, som længe var genstand for meget få politiske debatter og kontroverser på trods af de store forandringer, det har gennemgået i det sidste halve århundrede. De mest fremtrædende træk i udviklingen har været vækst og specialisering. I de senste årtier er til gengæld den politiske diskussion om væsenet tiltaget samtidig med at væksten og specialiseringen er aftaget.

Sygehusvæsenet er forandret i en lang række henseender i de sidste tres år. Hvilke har de vigtigste udviklingstræk været i sygehusvæsenet? Var det medicinens udvikling, der bestemte sygehusvæsenets udformning? Var sygehusvæsenet ustyrligt, eller var dets udformning et resultat af politiske ønsker? Var det lægerne, der bestemte, eller var det, der skete, i overensstemmelse med politikernes ønsker? Hvordan opfattedes problemerne til forskellige tider, og hvor søgte man løsningerne? Hvorfor har sygehusvæsenet været genstand for så lidt politisk debat? I denne artikel vil jeg komme med nogle bud på ovenstående spørgsmål.

Sundhedsvæsenet udgør sammen med uddannelsessystemet og det sociale område tre væsentlige sektorer i velfærdsstaten. De har alle en historie, som strækker sig længere tilbage end arbejderbevægelsen og talen om velfærdsstaten.² Sundhedsvæsenet blev i løbet af 1700-tallet til en offentlig opgave af større omfang, hvor staten ansatte en række *fysici* og distriktskirurger, til at varetage lægebehandling af de fattige og føre tilsyn med forhold, der kunne påvirke befolkningens sundhed, som mad og drikkevarer samt epidemibekæmpelse og behandling af mennesker med smitsomme sygdomme. En del amter og købstæder oprettede sygehuse for helbredelige patienter. De var i begyndelsen bygget for de mennesker, der ikke havde mulighed for eller råd til at blive behandlet i deres eget hjem eller manglede nogen til at pleje dem, dvs. de dårligst stillede dele af befolkningen. De fleste sygehuspatienter kom fra arbejderklassen, var tyende eller landarbejdere og husmænd, og den overvejende del af dem var unge. I løbet af 1800-tallet voksede antallet af sygehuse sådan, at der ved århundredets slutning var sygehuse i stort set alle købstæder. Sygehusene blev stadig hovedsagelig brugt af de fattige dele af befolkningen. Antallet af praktiserende læger blev større, og fra midten af 1800-tallet voksede også sygekassebevægelsen, den fik fra 1892 statsanerkendelse og statstilskud. Sygekassemedlemmerne fik gratis adgang til

Tabel 1. Det danske sygehusvæsens ressourcer, aktiviteter og antal ansatte 1927-90

År	Senge 1.000	Indlagte 1.000	Sengedage 1.000	Driftsudg. 1.000	Læger	Ansatte i alt	Gns. liggetid i dage
1927	4,3	43	1.427	264			33
1936	6,0	69	1.950	434	983		28
1945	6,1	101	2.122	551	1.402		21
1954	5,8	105	1.973	708	1.854		19
1963	6,0	122	1.834	1.182	2.704	40.261	15
1972	6,1	160	1.809	1.754	4.322	62.309	11
1981	6,1	178	1.686	2.671	6.113	76.636	10
1990	5,0	209	1.467	2.915	8.416	81.073	7

sygehuse, støtte til lægebehandling og sygedagpenge.

Sygehusvæsenets udvikling 1930-1990

De mest fremtrædende træk i sygehusvæsenets udvikling i denne periode har været vækst i udgifter og aktiviteter, en stærk specialisering i form af oprettelse af specialafdelinger og centralisering i form af færre og større sygehuse. Hovedvægten i aktiviteterne er skiftet fra pleje til undersøgelse og behandling, og andelen af gamle patienter er vokset meget markant. Sygehusvæsenet er samtidig kommet til at spille en stadig større rolle i sundhedsvæsenet.

Væksten

Vækst i udgifter som antallet af indlæggelser, behandlinger, operationer, undersøgelser og ansatte har været et fremtrædende træk i sygehusvæsenet. I tabel 1 illustreres dette.

Selvom hovedtendensen er vækst, er den ikke foregået samtidig inden for de forskellige variabler, og alt er ikke vokset. Antallet af senge per 1.000 indbyggere voksede frem til slutningen af 1930'erne, hvorefter det var konstant

frem til 1980'erne og siden faldt. Antallet af sengedage per 1.000 indbyggere har været faldende siden anden verdenskrig, og er nu på stort set samme niveau som i 1927. Målt i dage gives der således stadig mindre pleje på de danske sygehuse, patienterne ligger i dag gennemsnitlig meget kortere tid på sygehus end for tres år siden. Sygehuse har således ikke overtaget plejeopgaver, der tidligere blev varetaget andetsteds, tværtimod, men sygehusbehandlingen har sandsynligvis medført et mindre plejebæbehov hos en række patienter. Da behov ikke er en absolut størrelse men påvirket af en lang række faktorer, som sundhedsvæsenets behandlingsmuligheder og befolkningens forventninger, kan man ikke sige noget om, hvorvidt sygehusvæsenet opfylder befolkningens behov i større eller mindre grad i dag end for tres år siden.

Faldet i antallet af sengedage modsvarer ikke af et fald i antallet af indlæggelser. Som det fremgår er antallet af indlæggelser per 1.000 indbyggere firedoblet siden slutningen af 1920'erne og fordoblet siden anden verdenskrig. Ser man på operationerne er mønsteret det samme, antallet af operationer per 1.000 indbyggere var to en halv gange større i 1990 sammenlignet med 1945. Desuden foretages der et stigende antal andre behandlinger og

Tabel 2. Andel af offentlige udgifter brugt til sundhed, uddannelse og sociale opgaver, samt offentlige udgifters andel af BNP.*

	Sundhed	Uddannelse	Socialsektor	Offentlige udgifters andel af BNP
1931	5.5	15.5	23.4	
1940	6.5	11.8	36.5	
1950	7.3	10.5	26.7	22.2
1960	8.7	14.6	29.1	28.0
1970	10.0	17.2	37.1	40.0
1980	11.1	15.8	40.5	58.4
1990	9.4	12.6	41.7	58.9

*Beregningsmåden ændredes i 1970, idet reparations- og vedligeholdelsesudgifter herefter ikke længere medregnedes. Dette vanskeliggør en sammenligning over tid, men for forholdet mellem sektorerne har det næppe stor betydning. Fra 1970 voksede den offentlige gæld og dermed rentebetalingerne. I 1970 udgjorde rentebetalingerne 4,7% af de offentlige udgifter mod 16,5% i 1986. Denne store andel renter bevirkede selvfølgelig, at andre andele faldt, men da renterne jo var en følge af udgifter afholdt til disse sektorer, burde de retteligt fordeles på sektorerne.

ikke mindst mange flere undersøgelser af patienterne. Med hensyn til indlæggelserne skal man være opmærksom på, at en del af stigningen skyldes ændret registrering og behandlingspraksis. Hvis man bliver flyttet fra en afdeling til en anden eller genindlagt i samme behandlingsforløb, tæller det som en ny indlæggelse. Denne praksis er blevet mere almindelig i de sidste årtier både som følge af, at specialafdelingerne er blevet flere, og fordi man ønsker at reducere den tid, patienterne opholder sig på sygehusene. I 1990 var 37% af indlæggelserne flytning eller genindlæggelser. Desuden var ca 10% af indlæggelserne raske individer, som tidligere ikke talte med i opgørelserne, f.eks. raske nyfødte, ledsagere til syge børn m.v. Når man foretager en sammenligning over tid, fremstår væksten i indlæggelserne som større, end den reelt er.

Antallet af ansatte ved danske sygehuse er vokset meget. Her skal man imidlertid tænke på, at der er sket væsentlige arbejdstidsforkortelser, især for lægerne, der fra 1981 fik samme ugentlige arbejdstid som andre overenskomstsansatte. Selv om man tager højde for dette, er

der dog tale om en meget stor stigning i det antal samlede arbejdstimer, der bliver brugt på sygehusene. Per indlagt blev der brugt lige mange timer i 1990 som i 1960 på trods af, at patienterne gennemsnitligt kun var indlagt 7 i stedet for 16 dage. Dette illustrerer den ændring, der er sket på sygehusene fra den tid, hvor plejen var det vigtigste, til nu, hvor undersøgelse og behandling er de centrale opgaver. Det lægelige arbejde spiller en stadig større rolle, og sygeplejersker og andre personalegrupper bruger også megen tid på undersøgelse og behandling. Den faldende liggetid og det stadig større antal ambulante undersøgelser og behandlinger illustrerer også plejens mindskede betydning, i hvert fald målt i tid.

Disse forandringer har kostet meget. Selv om der er færre indlagte hver dag på sygehusene i dag sammenlignet med ved slutningen af anden verdenskrig, er driftsudgifterne mere end firedoblet i faste priser per indbygger. I de sidste år af 1980'erne var væksten i udgifterne nærmest nul, men den er nu stigende igen. Øgningen af antallet indlæggelser, operationer, sengedage mv. er ikke altid sket samtidig med udgiftsstig-

Tabel 3. Sygehuse, specialafdelinger og specialer

År	Sygehuse	Specialafdelinger*	Antal specialer	Blandede sygehuse**
1927	167			
1936	160	144	20	111
1945	152	234	23	83
1954	149	296	30	81
1963	138	546	43	50
1972	125	648	48	36
1981	116	782	69	21
1990	90	676	62	12

* Hermed forstås en selvstændig afdeling med egne overlæger, dvs. at jeg ikke medtager epidemi- og tuberkuloseafdelinger, der kun var udskilt af smittehensyn.

** Blandende sygehuse har ingen specialafdelinger, dvs. at alle patienter uanset sygdom bliver behandlet af de samme læger.

ningen. I 1930'erne modsvarede udgiftsstigningen af en aktivitetsstigning målt i indlæggelser, men ikke i sengedage, hvor væksten var mindre. I de første 15 år efter krigen voksede indlæggelserne med 14 %, mens udgifterne steg med hele 78%, og sengedagenes antal faldt noget. I 1960'erne og begyndelsen af 1970'erne voksede både indlæggelser og udgifter, de sidste dog mest. I 1980'erne steg indlæggelserne med 17%, mens udgifterne kun steg med 9% og sengedagenes antal faldt med 13%.

Sundhedsudgifternes andel af de offentlige udgifter steg meget frem til 1980'erne. Derefter er det sket et fald, se tabel 2. Inden for uddannelsessektoren steg den relative andel af de offentlige udgifter knap så meget og et fald satte ind tidligere, mens de sociale udgifters andel er vokset under hele perioden. Det er vigtigt at lægge mærke til, at der er tale om relative tal. Som man kan se, vokser de offentlige udgifters andel af BNP hele tiden om end ikke så meget i de sidste år. Samtidig er BNP vokset. Det betyder, at der i faste priser, ikke på noget tidspunkt har været tale om et fald i udgifterne eller om nedskæring. Dette er værd

at lægge mærke til, fordi ansatte, politikere og mange andre har talt om nedskæringer i den offentlige sektor siden 1970'erne.

Til forskel fra andre lande regnes plejehjemmene i Danmark til socialektoren ikke til sundhedssektoren. Dette har to følger. Dels er noget af socialektorens udgifter i virkeligheden sundhedsudgifter, og dels fremstår de danske sundhedsudgifter som kunstigt lave i sammenligning med andre landes, hvilket har medført en meget udbredt myte om, at de danske sundhedsudgifter skulle være særligt lave. Medtages udgifterne til plejehjem, som i andre lande, ligger Danmark pænt på OECD-gennemsnittet når man beregner sundhedsudgifternes andel af BNP.

Specialisering og centralisering

I 1932 fastslog den daværende medicinaldirektør Johannes Frandsen (1891-1968) i taler både i Amdrårdsforeningen og i Det medicinske Selskab i København for første gang et tema som i de følgende år fik afgørende betydning: specialiseringen. Han argumenterede for, at der

skulle oprettes medicinske afdelinger og røntgenafdelinger på et sygehus i hvert amt, centralsygehuset, og at antallet af små sygehuse skulle reduceres.³ Dengang var stort set alle sygehuse blandede, dvs. patienterne blev behandlet af de samme læger, uanset hvad de fejlede. De ansatte læger var oftest kirurger. Frandsens udspil igangsatte eller påskyndede en vidtgående omstrukturering af sygehusvæsenet. Tres år senere fandt den daværende medicinaldirektør Palle Juul Jensen (1929-), at man nu burde begrænse specialiseringen til færre sygehuse.⁴ I planen for Hovedstadens Sygehusfællesskab fra 1995 fremhævedes, at de fleste patienter ikke har brug for højt specialiseret behandling. Antallet af specialafdelinger burde i stedet reduceres.⁵ I løbet af disse år havde det danske sygehusvæsenes organisation ændret sig grundlæggende. I tabel 3 vises nogle tal, der illustrerer denne ændring.

Som det fremgår, er antallet af sygehuse næsten halveret. Til gengæld er specialafdelingerne blevet mange flere ligesom antallet specialer med egne afdelinger. Det var især fra slutningen af 1950'erne og til slutningen af 1970'erne, at specialiseringen var meget stærk. I 1980'erne vendte udviklingen. Antallet af specialafdelinger og antallet af specialer med selvstændige afdelinger faldt. Nedlæggelsen af mindre sygehuse var særlig markant i 1980'erne, og da nogle af dem havde specialafdelinger, er det en af forklaringerne på det faldende antal specialafdelinger. Men også på de sygehuse, der ikke blev nedlagt, lukkedes specialafdelinger. Den specialisering som så stærkt havde præget sygehusvæsenet, var således stoppet og vendt, men centraliseringen fortsatte.

Patienterne

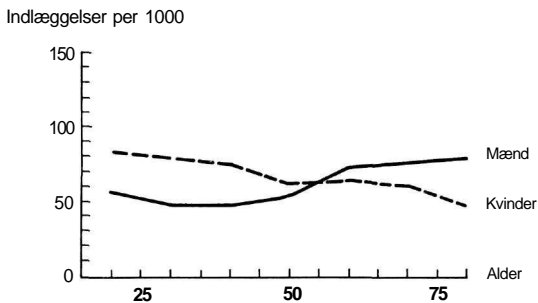
Som vist voksede antallet af indlagte patienter meget, og selv om noget af stigningen skyldtes ændret registrering, var det en stadig voksende andel af befolkningen, der i løbet af livet kom i kontakt med sygehus. Næsten alle børn blev i 1990 født på sygehus mod under halvdelen i 1945. I 1930 døde ca. en tredjedel på sygehus mod godt halvdelen i dag.

I 1800-tallet var det som nævnt stort set kun de fattigste, der blev indlagt. Efterhånden som man på sygehusene kunne klare flere behandlinger bedre end i hjemmene, især operationer, ændredes indlæggelsesmønsteret. Sygehusene bevarede dog længe et anstrøg af fattighus. Den voldsomme vækst i antallet af indlæggelser i løbet af 1930'erne blev fortolket som om holdningen til sygehuse var blevet mere positiv. En sygekassemand, Christian R. Poulsen skrev således i 1942: "lige så svært det tidligere var at overtale en Patient til at lade sig indlægge paa Sygehuset, selv om det var nødvendigt, lige saa svært er det ofte nu at overtale Patienterne til at blive hjemme fra Sygehuset."⁶ Også i 1984 var der en større indlæggelsesfrekvens i de lavere sociale lag, men det skyldes efter alt at dømme, at disse mennesker har en betydelig større sygelighed end de økonomisk bedre stillede.⁷

Sammenlignet med tidligere spiller, som nævnt, i dag undersøgelse og behandling en meget større rolle end selve plejen. Denne omprioritering af opgaverne er sket samtidig med at antallet af gamle patienter er vokset meget. En forklaring på den øgede andel gamle patienter er, at de ældres andel af befolkningen er vokset i kraft af, at fødselsårgangene er blevet mindre. I 1930 var ca. 8% af befolkningen 65 år eller ældre og i 1990 var det 15%. Men det er kun en del af forklaringen. De ældre indlægges meget oftere i dag end for 60 år siden. Se figur 1 og 2. At der er en større andel gamle patienter nu skyldes således i højere grad ændret indlæggelsespraksis end en større andel gamle i befolkningen.⁸ Liggetiden og antallet af sengedage per 1.000 indbyggere falder også for de gamle, dvs. at sygehusene varetager en stadig mindre del af plejen af gamle syge mennesker.

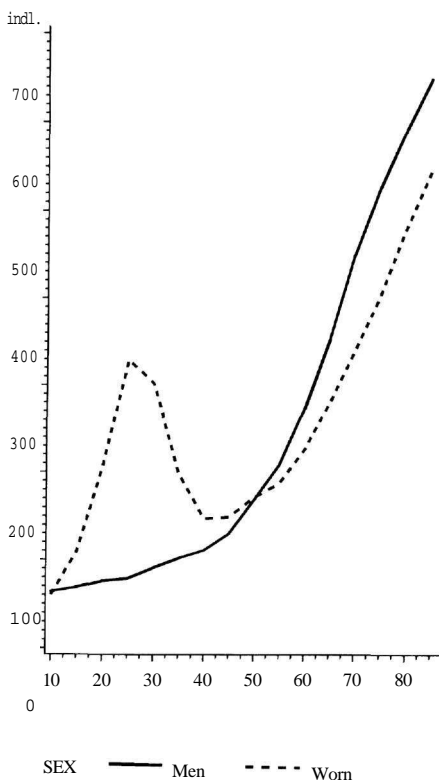
Sygdomsmønsteret på sygehusene ændrede sig meget i 1930'erne og 1940'erne, hvor antallet af indlæggelser fordobledes. Mest markant var faldet i andelen patienter med infektionssygdomme, som især de unge led og døde af. Andelen indlagte med hjertelidelser, gynækologiske lidelser og normale fødsler voksede.⁹ Siden 1945 er der ikke sket de store ændringer i sygdomsmønsteret på sygehusene på trods af,

Figur 1
Indlæggelsesfrekvensen i forskellige aldre 1930



Kilde: Sygehusundersøgelsen, København 1958

Figur 2
Indlæggelsesfrekvensen i forskellige aldre 1994



Kilde: Virksomheden ved sygehuse 1994. Sundhedsstatistikken 1996:1, København Sundhedsstyrelsen, 1996

at antallet af indlæggelser per 1.000 indbyggere er fordoblet (fra 101 til 209). Der er sket en svag stigning i andelen af kræfttilfælde og hjerte-karsyge samt en meget stort stigning i andelen indlagte uden sygdomme og symptomer. Denne konstans i sygdomsmønstret efter anden verdenskrig er bemærkelsesværdig, eftersom aldersfordelingen blandt patienterne er ændret så radikalt.

1930'erne var en brydningstid, hvor allerede kendte tendenser med vækst i antallet af sygehussenge og sengedage fortsatte, mens nye tendenser så som at liggetiden begyndte at falde, at sygehuse blev færre, specialafdelingerne flere, og at antallet af læger voksede meget, dukkede op. I de første årtier efter krigen blev disse nye tendenser konsolideret, specialiseringen øgedes, udgifterne steg meget, mens antallet af indlæggelser kun voksede beskedent. 1960'erne var til gengæld præget af meget stor vækst på alle områder, undtagen antal sengedage. Sygehusvæsenet fulgte med resten af den offentlige sektor. Fra midten af 1970'erne kom en afmatning, og på nogle områder satte ligefrem en nedgang ind i 1980'erne: antallet af senge per 1.000 indbyggere faldt, antallet af specialafdelinger og specialer faldt, og flere sygehuse end tidligere blev nedlagt. Udgifterne faldt ikke i absolutte tal men voksede i meget afdæmpet takt, samtidig med at indlæggelserne fortsatte med at blive flere, ligesom antallet af undersøgelser og behandlinger.

De politiske mål for sundhedsvæsenet har sjældent været genstand for politisk debat. Spørgsmålet om, hvorvidt det var længere levetid, øget sundhed, lighed i sundhed eller omsorg for syge og døende, der var den væsentligste opgave, har hverken læger eller politikere talt om. Det, man har diskuteret, har været midlerne til at opnå de mål, man ikke formulerede.

Den politiske debat om sygehusvæsenet - 1930-1945 centralisering, specialisering og lighed

I sin oven for nævnte argumentation for specialisering og centralisering sagde medicinaldirektør Johannes Frandsen: "Udviklingen inden

for Lægevidenskaben nødvendiggør saavel af lægelige som økonomiske Grunde en delvis Omorganisation med større Centralisering for Øje."¹⁰ Målet var, at alle borgere skulle have lige adgang til specialiseret behandling, dvs. at lighedsprincippet spillede en rolle. Ikke alle læger var dog enige med ham. Amtslægen i Ålborg H. Bendix-Poulsen skrev: "Hver Specialist retter fortrinsvis sin Opmærksomhed mod enkelte Organgrupper, hvilket kan medføre en Fare for, at Patienterne ikke i tilstrækkelig Grad behandles som den sjælelige og legemlige Enhed, ethvert Menneske nu engang er."¹¹ Ved anden verdenskrigs slutning havde næsten alle amter mindst et centralsygehus med røntgenafdeling, og mange havde også andre specialafdelinger. Johannes Frandsen havde altså mødt lydørhed for sine forslag. Politikere og embedsmænd blandede sig ikke i debatten om specialiseringen, det var især læger på specialafdelinger, der ønskede specialisering og praktiserende læger og læger på mindre sygehuse, der var imod.

De politiske motiver bag den store ekspansion i sygehusvæsenet i 1930'erne har været svære at afdække. Det var for en stor del venstredominerede amter, der stod for den store udbygning af sygehusvæsenet, så den var ikke kun en følge af, at Socialdemokratiet fik regeringsmagten. Statstilskuddene til sygehuse var i øvrigt beskedne. Antallet af sygehus-senge steg med 40% i årene 1930-45, amternes og købstædernes udvidelser af de store sygehuse blev ikke fulgt af nedlæggelse af de mindre, som Frandsen havde foreslået. Læger og især sygekassefolk mente, at antallet af senge var blevet for stort. Mange sygekassefolk hævdede, at der skete unødige indlæggelser, hvilket må have været en nærliggende tanke, når indlæggelsernes antal steg med 166% på 15 år. Mange midler til at begrænse indlæggelserne blev diskuteret: rekonvalescenthjem, hjemme-sygepleje, forebyggelse mv., uden at der skete meget på det område.

Sygehusvæsenet i Danmark fik sin første lov ved periodens slutning, eller rettere først i 1946. Loven var bl.a. et resultat af Sygehusudvalgets arbejde. Udvalget var blevet nedsat i

1939 for at "udarbejde Retningslinier, hvorefter den fremtidige Udvikling af Sygehusvæsenet bør foregå".¹² Der var således lagt op til en omfattende diskussion om sygehusvæsenets udformning, og udvalget nåede da også at diskutere en del emner på trods af, at dets arbejde blev standset af krigen i tre år. Det lovforslag, der kom ud af arbejdet, begrænsede sig dog stort set til at fastsætte regler for øget statstilskud til sygehuse samt at fastslå, at amterne og købstæderne stadig skulle have ansvaret for sygehuse, og at hele befolkningen skulle have adgang til sygehuse, uanset hvor de boede. I udvalget var der modsætninger med hensyn til placeringen af sygehusvæsenets styring. Venstre ønskede fortsat decentral styring med øget statstilskud. Mens det socialdemokratiske medlem af udvalget, Carl Petersen (1894-1984), udtalte: "Jo bedre Sygehuse er, des flere Sygedage faar vi. Det vil derfor være ønskeligt, om Centralmyndigheden faar en øget Indflydelse til at hindre unødvendige Indlæggelser Et Modstykke til det forøgede Statstilskud maatte vel være en forøget Indflydelse fra et Centralorgan med Hensyn til Undgaaelse af Misbrug. I øvrigt var det hans Opfattelse, at det vilde vise sig at være billigere, hvis Staten overtog alt Sygehusvæsen."¹³ Fra lægeforeningens side kom forslag om en samling af sygehusvæsenet i syv sygehusområder med hver 2-3 centralsygehus.¹⁴ Da lovforslaget diskuteredes i Rigsdagen, var der næsten ingen politisk uenighed at spore. Det radikale medlem Aage Fogh (1896-1968) konstaterede dog "at Rigsdagen ved denne Lejlighed fraskriver sig enhver Indflydelse paa Udviklingen af dette uhyre vigtige Led, der hedder Sygehusvæsen, og hvad der dertil er knyttet."¹⁵ Hvorfor blandede Rigsdagen sig så lidt i dette område til forskel fra skolen og socialvæsenet? Der kan være i hvert fald to grunde til dette. Den ene, at der var bred enighed om, at den politik, der hidtil var ført, var god og at der derfor ikke var nogen grund til indgreb. Den anden, at mange syntes, at det var vanskeligt at tage stilling til sygehusvæsenets udformning, fordi medicinen fremstod som et område for eksperter. Lægerne yndede at udtale sig i vendinger som "Læge-



Hjørring Sygehus (Medicinhistorisk Museum)

videnskabens og Lægekunstens Udvikling har nødvendiggjort en Udspecialisering af Lægegerning..", "af rent lægelige Grunde (skulle man) arbejde hen imod at faa samtlige Specialer saa vidt som muligt repræsenteret inden for et og samme Sygehuskompleks".¹⁶ Tog man denne retorik alvorligt, var læger selvfølgelig bedre skikkede til at bedømme sygehuspolitikken end politikere.

1946-1959 Konsolidering

I 1930'erne var sundhedsvæsenets forhold blevet diskuteret ivrigt om end ikke af politikere. I 1950'erne, derimod, var diskussionen meget begrænset, det var som om der herskede total enighed om sygehuspolitikken. I Folketinget vedtoges ca. hvert andet år en forhøjelse af statstilskuddet til sygehusene uden større debat. Den eneste, der direkte foreslog begrænsninger i statstilskuddet var Thorkil Kristensen (1899-

1989) fra Venstre, og en socialdemokrat, Jens Smørum (1891-1976), ønskede, at man gjorde forsøg på at spare inden for administrationen, men i øvrigt var der stort set enighed om det, som N.C. Ælkær (1885-?) fra Socialdemokratiet sagde: "Lægevidenskabens store fremskridt må udnyttes for menneskene. Selv om det er dyrt, er der vist ingen, der vil være med til at gøre sygehusene ringere."¹⁷ Hvordan denne udnyttelse af fremskridtene bedst kunne ske diskuteredes ikke. I politiske programmer, som nævnte sundhedsvæsenet, var der enighed om, at alle skulle kunne blive medlemmer af statsanerkendte sygekasser.¹⁸ I det socialdemokratiske program var der også overvejelser om helt at afskaffe sygekasserne og at skattefinansiere hele sundhedsvæsenet. Da sygekasserne kun gav støtte ved sygdom, var det ikke muligt via dem at finansiere forebyggende arbejde, f.eks. børneundersøgelse og vaccinationer. Fælles for de politiske partier var, at de så vækst som

noget positivt og som et middel til at forbedre befolkningens vilkår. Ej heller i Socialdemokratiet spillede fordelingspørgsmålet en fremtrædende rolle, i hvert fald ikke på sundhedsvæsenets område.

Et nyt fænomen i denne periode var, at man inden for sygehusvæsenet eksplicit ønskede at tage ved lære af industrien, noget der er fortsat siden. Der blev oprettet en rationaliseringsafdeling i Sygehusforeningen, administratorernes forening, som fik statsstøtte. "Grundlaget for afdelingens arbejde er stort set overført fra industriens arbejdsstudier, men modificeret efter de specielle forhold der gør sig gældende på et sygehus."¹⁹ Man gennemførte tidsstudier, dog kun af sygeplejerskernes arbejde, ikke af lægernes, studerede journalsystemer, gulybelægninger mv. Resultatet blev bl.a., at man anbefalede en øget arbejdsdeling, sådan at sygeplejerskerne skulle arbejde i runder, dvs. at en sygeplejerske tog pulsen, en anden redte senge osv. Formålet var at spare arbejdstid, da der var mangel på sygeplejersker.

Henvisninger til andre sektorer brugtes ofte i debatten, overlæge Carl Aaberg (1903-82) fra Hillerød sygehus sagde til en gruppe venstrepolitikere: "Centraliseringens hensigtsmæssighed i dag er på talrige områder de folkedelegerede mænd velbekendt. Man centraliserer i mejeridrift og udspecialiserer i smør-, ost- og tømælksfabrikation. Man centraliserer slagtevirksomheder, elektricitetsværker, gasværker, skolevæsen etc. I erkendelsen af, at herved opnås bedre resultater, bedre økonomi."²⁰ Foruden at henvise til andre områder brugtes udviklingen ofte som argument for centralisering og specialisering, som af læge Mogens Iversen (1914-), Hillerød, "Udviklingens ubønhørlige krav har nu vist os, at de blandede sygehuses tid snart må være forbi"²¹ og amtmand V. Wedell-Wedellsborg (1908-), Sorø, "Udviklingen synes i øjeblikket at pege i retning af, at en centralisering vil være saglig og økonomisk rigtig."²² Denne måde at tale på, var med til at sætte sundhedsvæsenets konkrete udformning uden for den politiske debats domæne.

1960-1969 Teknokraternes periode

Fra slutningen af 1950'erne udformedes planer for en lang række samfundsområder som uddannelse og fysisk planlægning. Man regnede med, at man ved at planlægge kunne styre forandringerne i en ønsket retning. Det gjaldt også på sygehusområdet.

Johannes Frandsen havde allerede fra begyndelsen af 1930'erne talt for, at man skulle planlægge sygehusvæsenets udformning. Han gjorde det igen i 1952: "Skal vi lade os slæbe med af udviklingens krav, bliver det både et utilstrækkeligt og dyrt sygehusvæsen, der ikke kan byde de syge genvinden af helbred og arbejdsevne i det omfang lægevidenskab og lægekunst i dag har åbnet muligheder for."²³ Udviklingen opfattedes således ikke som noget, der kunne påvirkes, kun noget man kunne tilpasse sig bedre eller dårligere. Overlæge Teit Kærn (1908-91), der var ansvarlig for sygehusplanlægningen i Sundhedsstyrelsen i 1960'erne, skrev det endnu tydeligere: "Accelerationen af vor viden giver nødvendigvis anledning til en hastigt voksende specialisering. Selvom vi ville gå imod den, vil det ikke lykkes, da dens forudsætninger ligger i den tekniske-videnskabelige udvikling og dens love."²⁴ Johannes Frandsen var venstremand, og Teit Kærn var tidligere DKP'er. I deres syn på den teknologiske udviklings betydning var de lige deterministiske.

Med disse forudsætninger var det selvfølgelig kun eksperter, hovedsageligt læger, der kunne afgøre, hvordan sygehusvæsenet skulle udformes. Da man i henhold til den sygehuslov, der kom i 1969, skulle udforme vejledende retningslinier til amterne for sygehusvæsenet, nedsattes "en teknisk arbejdsgruppe"²⁵ bestående af læger, sygeplejersker og administratorer, dvs. helt uden politisk repræsentation. Sygehusrådet, et rådgivende organ oprettet efter sygehusloven i 1946, gik ikke ind i en diskussion af udkastet til retningslinierne, men udtalte: "Det er klart, at vi som ikke er eksperter, når en arbejdsgruppe har arbejdet med det i lang tid ikke kan gå ind i en detailkritik af hvert eneste afsnit, der findes i dette digre



Københavns Amts Sygehus i Glostrup (Medicinhistorisk Museum)

værk."²⁶ Dette "digre værk" var på syv sider. Men tonen i det lod ikke meget tilbage til diskussion. Teksten i retningslinierne var fuld af passivformer, som fik forholdene til at fremstå som upåvirkelige: "Der må forventes en fortsat opdeling i stadig snævrere fagområder...", "...den fortsatte specialisering inden for den lægelige funktion synes at ville accelerere endnu hurtigere end tidligere."²⁷

1960'erne var således også en periode med meget begrænset diskussion om sygehusvæsenet, og en tilsyneladende politisk enighed om den førte politik med meget stor og udtalt specialisering. Dette fik dog en brat ende. I 1969 kom en skrift fra finansministeriet om *Hovedtendenser i sundheds- og forsorgsinstitutionernes udvikling frem til 1985* fulgt året efter af *Perspektivplanredegørelse*. I disse publikationer blev den udvikling fremskrevet, der havde fundet sted i den offentlige sektor i 1960'erne, og da den havde været meget betydelig, opfattede mange udsigterne som skræmmende eller i det mindste uønskede.

1970- 90 prioritering og nyorientering

Mens sygehusvæsenet og sundhedsvæsenet ikke tidligere havde været genstand for særlig megen politisk debat, ændredes dette radikalt i løbet af 1970'erne. Folketinget havde med kommunalreformen i 1970 fralagt sig det meste af sin indflydelse på sygehusvæsenet. Det forhindrede ikke, at sygehusvæsenet diskuteredes mere end nogen sinde før, og ministerierne udarbejdede en række betænkninger. Den første var prioriteringsudvalgets betænkning, hvor det blev påvist, at middellevetiden for mænd ikke var øget siden 1950'erne, dvs at intet var sket i den periode, hvor sygehusvæsenets udgifter var vokset mest.²⁸ Dette var oplysninger, man kunne have skaffet sig ved at studere den publicerede dødelighedsstatistik helt tilbage fra slutningen af 1950'erne, men det var først, da man generelt begyndte at blive kritisk over for den fortsatte ekspansion, at man blev opmærksom på tallene.

Det var første gang siden 1930'erne, at der

blev sat spørgsmålstegn, ved at sygehusvæsenet skulle få flere ressourcer og opgaver, og det nu af både af politikere og læger. Også uenighederne mellem de politiske partier tiltog. Sundhedsvæsenet fik en større plads i de partipolitiske programmer. Man begyndte at tale om prioritering, selvfølgelig havde man også prioriteret tidligere, som Erling Tiedemann (1932-), amtsborgmester i Vejle, udtalte "... så kommer spørgsmålet: Kan man sætte værdi på liv? Det er så sandelig ikke noget spørgsmål - om man kan det har man gjort i generationer. Det sker bare på månens bagside, så man ikke kan se det fra jorden."²⁹ Men det var selvfølgelig en væsentlig forskel, at prioriteringen nu var blevet et politisk tema.

Et af de emner, der diskuteredes, var forebyggelsen. Mange læger og politikere mente, at man ved en forbedret sygdomsforebyggelse kunne reducere sundhedsvæsenets udgifter. Hvordan man skulle forebygge, var der dog ikke enighed om. De borgerlige partier fremhævede nødvendigheden af, at den enkelte tog ansvar for sit eget liv og ændrede sin livsstil. Det socialdemokratiske folketingsmedlem Torben Lund (1950-) sagde i 1988, at "Den enkeltes holdning og livsstil - vores vaner — (er) ikke et resultat af ingenting, men selvfølgelig et produkt af de påvirkninger den enkelte er udsat for hver dag, et produkt af vore livsbetingelser. Derfor kan man ikke bare løfte pegefingern eller snakke om oplysningskampagner, der skal ændre folks livsstil; de grundlæggende forhold, som har skabt livsstilen, må også ændres."³⁰ Hovedvægten i forebyggelsen kom dog, både under socialdemokratiske og borgerlige regeringer, til at ligge på kampagner for livsstilsændringer. I det seneste socialdemokratiske sundhedsprogram står der, at "vi understreger også, at der påhviler den enkelte et stort ansvar for egen sundhed."³¹ Den individualistiske tankegang havde fået større indflydelse i sundhedspolitikken.

Metoder fra erhvervslivet blev også inddraget i denne periode. I 1980'erne handlede det meget om at forbedre produktiviteten i den offentlige sektor. Et udvalg med dette formål, skulle således bruge viden "af betydning for produktiviteten i sundhedssektoren, herunder

benytte de erfaringer der findes i erhvervslivet og i udlandet".³² Det, man fokuserede på, var produktiviteten, antallet af indlæggelser i forhold til antallet af ansatte. Man så ikke på effektiviteten, dvs. den nytte man fik af indsatsen. Udvalget kom også med forslag til nye ledelsesformer. Ledelse var et emne, som var i fokus i disse år både i det offentlige og i det private, og på mange sygehuse fulgte man de forslag til nye ledelsesformer, som udvalget fremkom med. Et andet tema i 1980'erne var privatisering enten af hele institutioner, dvs. oprettelse af privathospitaler eller af enkeltopgaver f.eks. vask og rengøring. Her var klare modsætninger mellem de borgerlige partier som ønskede privatisering og socialdemokraterne og SF, som ville bevare skattefinansieringen og den offentlige varetagelse af opgaverne. Det er en diskussion, som fortsætter. Privathospitaler og øget brugerbetaling er et brud på den politik, der sigtede mod øget lighed i adgang, som partierne indtil da havde været enige om. Et tredje tema fra erhvervslivet var kvalitets sikring som får en voksende betydning på sygehusene i disse år. I 1990'erne var indførelse af markedslignende mekanismer et emne, som prægede sygehuspolitikken, indførelsen af frit sygehusvalg og udlicitation af forskellige sygehusopgaver er eksempler på denne udvikling. Det var politiske initiativer, der medvirkede til disse ændringer i sygehusvæsenet med inddragelse af metoder og erfaringer fra erhvervslivet til øget privatisering og opmærksomhed om produktiviteten.

En anden markant ændring var, at ressourceforbruget ikke øgedes i samme takt som tidligere, se tabel 1. Dette var også resultat af de politiske beslutninger, som der dog ikke var total enighed om. Begrænsningen i væksten ledte til en diskussion om nedskæringer fra slutningen af 1970'erne. Der var aldrig tale om et absolut fald i udgifterne men om en meget lavere stigningstakt end tidligere. Der kan være mange grunde til, at det blev oplevet som en nedskæring. Har man været vant til den vækst, der var i 1960'erne og begyndelsen af 1970'erne, kan den bratte opbremsning opleves som et fald. I årene 1969-75 voksede udgifter-

ne i faste priser med 56% og i de følgende seks år med 12%. De fleste debattører var klar over, at det ikke var tale om et absolut fald og talte derfor om nedskæringer i forhold til den forventede udvikling, i sygehusvæsenets andel af de stigende offentlige udgifter eller bruttonationalproduktet, i forhold til andre lande eller i forhold til behovet. En del politikere var uenige i påstandene om nedskæringer, det gjaldt både socialdemokrater, da de var i regering, og borgerlige politikere, uanset om de var i regering eller opposition. I 1986 skrev den daværende finansminister Palle Simonsen (1933-): "Snakken om nedskæring i sygehuse- nes driftsudgifter er ... helt grundløs og bidrager kun til at skabe et usagligt grundlag for debatten om sundhedsområdets økonomi."³³ Man må sige, at det har været en vellykket retorik at tale om nedskæringer. De fleste danskere fik den opfattelse, at der var sket reduktioner i de offentlige udgifter i hvert fald til sundhedsvæsenet og uddannelsessektoren på trods af den fortsatte stigning. Når det gælder sygehusvæsenet, er der også rent faktisk sket nedskæringer på visse områder, samtidig med at andre er blevet opprioriteret som f.eks. hjertekirurgi, ortopedkirurgi (hoft- og knæledsoperationer) og øjenkirurgi for grå stær. Der sker også meget mere med de patienter, der er indlagte i form af undersøgelser og behandlinger. I forhold til aktivitetsniveauet er det derfor meget muligt, at der er sket en nedskæring.

På trods af at der stadig var store ligheder både i den formulerede og realiserede sundhedspolitik, var forskellene mellem partierne blevet tydeligere. Sundhedsvæsenet var blevet politiseret, og de grundlæggende værdier i de forskellige partier trådte tydeligere frem i sundhedspolitikken. De borgerlige vægtede frihed, især valgfrihed, og private løsninger som frit sygehusvalg og andre markedslignende mekanismer, privathospitaler, vægt på den alment praktiserende læge og øget brugerbetaling. Socialdemokratiet og SF satte solidaritet og lighed højere, et offentligt finansieret sundhedsvæsen med gratis adgang og sundhedscentre, hvor mange sider af de syges liv skulle være genstand for indsats.³⁴

Sammenfatning

De politiske målsætninger for sundhedsvæsenets er stort set ikke blevet diskuteret, og der har hersket en næsten total enighed frem til 1980'erne om væsentlige grundlæggende forhold. Alle skal have lige adgang til dets ydelser, det skal hovedsagelig være et offentligt anliggende, og den naturvidenskabeligt orienterede medicin giver de bedste midler til at opnå forbedret sundhed. Derimod har man diskuteret midlerne, og denne diskussion har i høj grad været påvirket af de ideer, som man har været optaget af i andre dele af samfundet, ikke mindst i erhvervslivet. Rationaliseringer i 1950'erne, planlægning i 1960'erne, omprioritering i 1970'erne, produktivitetsforbedringer i 1980'erne og kvalitetssikring og markedsmechanismer i 1990'erne. Moden skifter, også i politikken. Ofte er man tilbøjelig til at opfatte samtidige tendenser som varige og forvente, at de vil fortsætte langt ud i fremtiden, det gjaldt både væksten i 1960'erne og privatiseringstendenserne i 1990'erne.

Medicinens udvikling blev ofte i debatten fremført som begrundelse for de forslag, især lægerne kom med. Har medicinens udvikling været styrende? Nye undersøgelser- og behandlingsmetoder har naturligvis betydning for, hvordan sundhedsvæsenet indrettes, men det er kun en af mange faktorer. Den store forskel, der er i forskellige landes sundhedsvæsen, både når det gælder organisation og behandlingsmetoder, viser, at medicinen kan praktiseres på et utal måder. En voksende vidensmængde fører heller ikke nødvendigvis til yderligere specialisering, som man har kunnet se i de sidste år.

Nogle af de beskrevne forandringer i sygehusvæsenet har sandsynligvis fundet sted, uden at nogen har været opmærksom på dem, endsi- ge besluttet dem, det gælder således den øgede indlæggelsesfrekvens for de ældre. Andre har været genstand for nogen diskussion især i de sidste tiår, det gælder væksten. Det, politikere og læger har diskuteret mest, har været specialiseringen og centraliseringen. Centraliseringen indebar nedlæggelse af sygehuse, hvilket jo gav anledning til en del modstand fra dem, der blev

berørt af den, og det har også været det område, hvor befolkningen har været mest engageret. Centraliseringen gik meget langsommere end specialiseringen. Det er svært at nedlægge institutioner. Specialiseringens nytte og nødvendighed har ikke været alment accepteret, men frem til 1980'ernes slutning var der dog ikke mange af de indflydelsesrige læger og politikere, der sagde, at de ønskede en mindsket specialisering og nedlæggelse af specialafdelinger.

Det forhold, at sygehusvæsenet har været genstand for så relativt lidt diskussion, kan have flere årsager. De syge har altid udgjort en særlig gruppe, til forskel fra arbejdsløse og andre, der kunne have brug for andres hjælp og har kunnet få den uden så mange krav om modydelse. De var berettigede til fattighjælp ifølge forordningerne fra 1799 og 1803. De betragtedes som værdigt trængende i slutningen af 1800-tallet. Denne indstilling begyndte først at ændres i løbet af 1970'erne, med den stadig større fokusering på livsstilen som sygdomsårsag og på individets eget ansvar.

En anden grund kan være, at sygehuspolitik handler om at tage stilling til spørgsmål, der har med andre menneskers lidelse og død at gøre, hvilket kan have fået en del politikere til at foretrække at overlade beslutningerne til andre, embedsmænd og læger.

En tredje grund kan være, at sygehusvæsenet er blevet opfattet som et område for eksperter, hvor menigmand ikke var berettiget til at udtale sig på samme måde, som f.eks. om folkeskolen eller socialhjælpen. Her har lægernes måde at fremstille forholdene på, deres retorik, sikkert været en bidragende faktor. Beskrives udviklingen som nødvendig, uundgåelig, som at den skal ske "efter de fordringer, som de lægevidenskabelige fremskridt i de senere år har nødvendiggjort",³⁵ så er det eksperterne, lægerne, og ikke politikerne, der skal tage stilling.

En fjerde og vigtigere grund er, mener jeg, at der faktisk ikke har været meget at diskutere, fordi politikerne har været grundlæggende enige om, at den førte politik har været god og gavnlige. Det var jo ikke kun inden for sundhedsvæsenet, man havde vækst og specialisering og opfattede det som positive udviklinger. Troen på

muligheden for at beherske naturen og forbedre menneskers forhold ved hjælp af videnskab og teknologiske løsninger har været stærk også på andre områder. Da denne enighed ophørte i løbet af 1970'erne, kom sygehusvæsenet på den politiske dagsorden på en helt anden måde end tidligere, og flere af de udviklingstendenser, som har præget væsenet siden 1930'erne, blev brudt: udgiftsstigningen aftog, sengetallet faldt og specialafdelingerne blev færre. På den baggrund vil jeg hævde, at sygehusvæsenets udformning i store træk har været resultat af en politisk ønsket udvikling, enten som resultat af eksplicitte beslutninger eller som en laden stå til, fordi man så positivt på det, der skete.

Noter

1. Denne artikel bygger hovedsagelig på min bog: *Sygehuse og sygehuspolitik i Danmark. Et bidrag til det specialiserede sygehusvæsens historie*, København, DJØF's Forlag, 1992.
2. For en mere udførlig beskrivelse af den tidlige historie se Signild Vallgård. *Sjukhus och fattigpolitik Ett bidrag till det danska sjukhusväsendets historia 1750 -1880*. København, FADLs forlag, 1985.
3. Johannes Frandsen. Om vort Sygehusvæsen. *Tidskrift for danske Sygehuse*, 1932, årg. 8. s.48.
4. Palle Juul Jensen. Specialespredningen giver anledning til bekymring. *Journal* 1992;/2:3
5. Plan for Hovedstadens Sygehusfællesskab
6. Chr.R. Poulsen. Benyttelsen af Sygehuse. *Sygekassetidende* 1942, s.344.
7. Jens Peter Steensen, Knud Juel, *Sygehusindlæggelser og sociale forhold*. København DSI/DIKE, 1990.
8. Signild Vallgård. Har der altid været mange gamle patienter på sygehuse? *Bibliotek for læger*, 1995 årg. 187, s. 254-62.
9. *Sygehusundersøgelsen i Danmark*. København, Sundhedsstyrelsen, 1958.
10. Johannes Frandsen. Om den offentlige Sundhedsplejes Udvikling og fremtidige Opgaver med særligt Henblik paa Socialhygiejnen. Foredrag holdt i Det medicinske Selskab i København 8/3 1932. *Ugeskrift for Læger* 1932, årg.94, s.387.
11. H.H. Bendix-Poulsen. Store eller smaa Sygehuse. *Aalborg Amtstidende*, 5/11 1937.
12. Brev fra indenrigsminister Bertel Dahlgaard til medicinaldirektør Johannes Frandsen. Sygehusudvalget 1939-48, Indenrigsministeriet, Rigsarkivet F 03-199/339.
13. Referat fra mødet i Sygehusudvalget 19/12 1945.

RA a.a. I *Berlingske Tidende* 31/8 1996 udtalte statsminister Poul Nyrup Rasmussen lignende tanker. Staten skulle styre sygehuse mere som modsvar til de øgede statstilskud.

14. *Betænkning II fra Hovedbestyrelsen for den almindelige danske Lægeforening til det af Indenrigsministeriet nedsatte Udvalg vedrørende Sygehusvæsenet*. København, april 1941.

15. *Rigsdagstidende 1945-46. Folketinget*, spalte 2698.

16. *Betænkning II a.a.* s. 9.

17. *Rigsdagstidende. Landstinget*. 1950-51, spalte 1333.

18. Socialdemokratiet. *Fremtidens Danmark*, 1945, s. 43. *Det konservative folkepartis program*, 1945, s. 103-4.

19. W. Gredsted-Larsen. Rationalisering på danske sygehuse. *Dansk teknisk tidsskrift*, 1947 årg. 38, s. 310-11, 319.

20. Carl Aaberg. Sygehusvæsenets aktuelle problemer. *Tidsskrift for danske sygehuse*, 1960, årg. 36, s.252.

21. Mogens Iversen. De blandede sygehuses fremtid. *Ugeskrift for læger* 1959, årg. 121, s.848.

22. V Wedell-Wedellsborg i En rundspørge. *Tidsskrift for danske sygehuse* 1960, årg. 36, s.42.

23. Johannes Frandsen. Vore sygehuse. *Tidsskrift for danske sygehuse*, 1952, årg. 28, s. 150.

24. Teit Kærn. Baggrunden for udviklingen af vore sygehuse. *Ugeskrift for læger*, 1970, årg. 132, s.300.

25. *Cirkulære om sygehusplanlægning*. Indenrigsministeriet 2. februar 1970.

26. P. Gorrssen, som var medlem af Sygehusrådet og Amtsrådsforeningens bestyrelse, ved et møde i Amtsrådsforeningen trykt i *Opgavefordeling og sygehusplanlægning*. Amtsrådsforeningen, 1971.

27. *Vejledende retningslinier for planlægningen af sygehusvæsenets fremtidige udbygning*. Indenrigsministeriets cirkulære af 8. juli 1971.

28. Man kan givetvis diskutere, om sygehusvæsenets eneste opgave er at forlænge liv. De fleste vil nok mene, at det er nok så vigtigt at lindre smerter og andre ubehag ved sygdomme. Hvad der er målet med sundhedsvæsenets arbejde, var dog ikke genstand for diskussion og både læger og politikere brugte dødeligheden som mål for effekten. Overlæge Bent Harvald (1924-) i Odense udtalte f.eks. at "efter den tid (anden verdenskrig) er det lykkedes lægevidenskaben at presse en meget stor del af folket igennem et langt liv.." Sygdomspanorama og teknologiudvikling - økonomiske konsekvenser. *Ugeskrift for læger*, 1988, årg. 150, s. 938. Dette passer, som nævnt ikke. Grunden til at der er relativt flere gamle end unge, er at de gamle tilhører større fødselsårgange.

29. Erling Tiedemann. Prioritering i sundhedsvæsenet

som månens bagside. *Danmarks amtsråd*, 1984, nr. 4, s.9.

30. Torben Lund. *Folketingstidende* 1987/88, 20/1 1988, spalte 5176.

31. *Socialdemokratiet og sundheden*. 1993, s. 3.

32. *Sygehusenes organisation og økonomi. Betænkning fra indenrigsministeriets produktivitetssudvalg*. København, Indenrigsministeriet, 1984, s.5.

33. Palle Simonsen. Finansministeriets eller ugeskriftets illusion? *Ugeskrift for læger*, 1986, årg. 148, s. 2961.

34. Mere om disse to tendenser kan ses i Signild Vallgård og Allan Krasnik. *Sundhedstjeneste og sundhedspolitik*. København, Munksgaards forlag, 1995, kapitel 1.

35. Beretning fra sundhedsstyrelsens og lægeforeningens fællesudvalg af 1953. *Ugeskrift for læger*, 1955, årg. 112, s. 1095.

Abstract

Vallgård, Signild: The Hospital Service in Danish Politics 1930-1990

Arbejderhistorie 4/1996 p. 48-61

The hospital service is one of the large sectors of the welfare state. Contrary to the school system and the social service it has been subject to very little discussion until approx. 25 years ago. The last 60 years' development in the hospital sector has been characterised by specialisation, centralisation and growth in activities and expenditure. During the last 10 years, however, specialisation has decelerated and growth decreased quite substantially. The political debate has hardly touched upon the aims for the activities of the hospital sector. The discussion has focused on means, and has been influenced also by themes in focus in other parts of society, such as business. Specialisation and centralisation in the '30's and '40's. Rationalisation in the '50's, planning in the '60's, productivity in the '80's and a focus on quality in the '90's. The main reason for the lack of debate has been a consensus on hospital policy until the 1970's. Since then consensus has faded and debate increased.

Signild Vallgård, lektor, cand.mag., dr.med.,
Afdeling for Social Medicin, Panum Institutet,
Blegdamsvej 3, 2200 København N, tlf. 35 32 79 68.