

DELBETÆNKNING

vedrørende

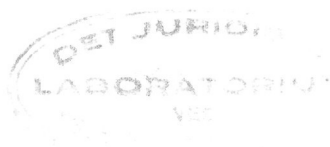
LANDS- OG LANDSDELSFUNKTIONER

*Afgivet af et af indenrigsministeren
nedsat udvalg*



BETÆNKNING NR. 791

1977



ISBN 87-503-2166-8

Statens trykningskontor

In 00-344-bet.

<u>Kapitel 1.</u>	<u>Indledning</u>	5
1.1	Udvalgets nedsættelse og sammensætning.	5
1.2	Afgrænsning af udvalgets arbejde.	6
1.3	Resumé og konklusion.	8
1.4	Afgivelse af betænkning.	12
<u>Kapitel 2.</u>	<u>Afgrænsning af lands- og landsdelsfunktionerne.</u>	13
2.1	Afgrænsning efter speciale eller ekspertområde.	13
2.2	Afgrænsning efter et organ-, sygdoms- eller patient-kriterium.	15
2.3	Generel definition.	16
<u>Kapitel 3.</u>	<u>Eksisterende lands- og landsdelsfunktioner.</u>	23
3.1	En kvantitativ opgørelse af lands- og landsdelsfunktionerne.	23
3.2	Beskrivelse af lands- og landsdelsfunktionerne på grundlag af oplysninger fra udvalgte sygehuskommuner og sygehusplaner.	24
<u>Kapitel 4.</u>	<u>Visitation til lands- og landsdelsfunktionerne.</u>	34
4.1	Eksisterende Visitationssystem.	34
4.2	Målsætning for et fremtidigt Visitationssystem.	38
4.3	Det rådgivende planlægnings- og visitationsudvalg.	44
<u>Kapitel 5.</u>	<u>Økonomiske forhold, herunder pulje til specialopgaver.</u>	47
5.1	Generelt betalingssystem.	47
5.2	Pulje til specialopgaver.	48
<u>Bilag 1</u>	En kvantitativ belysning af lands- og landsdelsfunktionerne.	52
<u>Bilag 2</u>	Supplerende beskrivelse af lands- og landsdelsfunktionerne.	58
<u>Bilag 3</u>	Eksempler på mulig pulje anvendelse.	73

Kapitel 1« Indledning

1.1 udvalgets nedsættelse og sammensætning.

Udvalget vedrørende lands- og landsdelsfunktioner blev nedsat ved indenrigsministeriets skrivelse af 28. januar 1975. Det hedder heri:

"Udvalgets opgave vil være

at foretage en afgrænsning af de lægefaglige områder, der bør henregnes til lands- eller landsdelsfunktionerne,

at fremkomme med forslag til disse funktioners geografiske placering og den konkrete landsdækning på basis af funktionernes krav til sygehushæssige ressourcer (bygninger, senge, ambulatorie, personale, teknisk udstyr, hjælpeafdelinger m.v.) under hensyntagen til det faktiske sygehusvæsen,

at overveje de visitationsmæssige problemer og søge at opstille modeller for visitation til indlæggelse på landsdelsspecialafdelinger,

at gennemdrøfte de økonomiske problemer, der er forbundet med drift af landsdelsspecialafdelinger og fremkomme med eventuelle forslag til, hvorledes de økonomiske byrder mest rimeligt kan fordeles.

Endelig bør udvalget overveje på hvilken måde det vil være hensigtsmæssigt at følge den fremtidige udvikling indenfor diagnostik og patientbehandling med henblik på etablering af nye landsdelsfunktioner, herunder om dette eventuelt vil kunne ske ved nedsættelse af et mere permanent rådgivende udvalg."

Udvalget fik følgende sammensætning:

Medicinaldirektør Søren K. Sørensen (formand)

Professor, dr. med. M. Andreassen, udpeget af Rigshospitalet

Kommunalbestyrelsesmedlem Jørgen Christiansen, udpeget af

Frederiksberg kommunalbestyrelse

Fuldmægtig N. Hammer-Jespersen, udpeget af Undervisningsministeriet.

Amtsrådsmedlem J. Skotte Hansen udpeget af Københavns amtsråd
 Direktør P. Stengaard Hansen, udpeget af Københavns magistrat
 Professor, dr. med. Bent Harvald, udpeget af Dansk Medicinsk Selskab
 Amtsrådsmedlem Viggo Hauch, som observatør for Hovedstadsrådet
 Amtsrådsmedlem Eugene Ibsen, udpeget af Amtsrådsforeningen i Danmark

Overlæge, dr. med. Palle Juul-Jensen, udpeget af det lægevidenskabelige fakultetsråd ved Århus Universitet

Direktør H. Kjær, udpeget af Nordjyllands amtsråd

Overlæge Niels Kvisselgård, udpeget af lægerådet ved Nordjyllands amtskommunes sygehusvæsen

Afdelingschef G.A. Lustrup, udpeget af Indenrigsministeriet

Overlæge, dr. med. CM. Madsen, udpeget af det lægevidenskabelige fakultetsråd ved Odense Universitet

Amtssygehusdirektør N. Yinther Møller, udpeget af Århus amtsråd

Viceamtsborgmester Jens M. Nielsen, udpeget af Amtsrådsforeningen i Danmark

Forvaltningschef Knud Nielsen, udpeget af Fyns amtsråd

Overlæge, dr. med. Preben Ollendorff, udpeget af Sundhedsstyrelsen

Kontorchef Johannes Qwist, udpeget af Indenrigsministeriet

Overlæge, dr. med. Niels Rossing, udpeget af Sundhedsstyrelsen

Professor, dr. med. Francis Zachariae, udpeget af det lægevidenskabelige fakultetsråd ved Københavns Universitet

Som sekretær for udvalget har M. Ibsen (indenrigsministeriet), N. Stephensen og Fl. Nielsen (Sundhedsstyrelsen) fungeret.

1.2 Afgrænsning af udvalgets arbejde.

En række af de opgaver, som lands- og landsdelsudvalget er pålagt ifølge kommissoriet, rummer store problemer, hvorfor lands- og landsdelsudvalget har set sig nødsaget til at foretage en vis afgrænsning.

Hovedårsagerne hertil er, at der er tale om en dynamisk udvikling inden for området, ligesom der kræves en høj grad af ekspertise inden for mange forskellige fagområder. Endelig er registreringsniveauet i de enkelte sygehuskommuner ikke ens.

Den dynamiske udvikling afspejles allerede i udvalgets forsøg på en afgrænsning af de lægefaglige områder, der bør henregnes til lands- og

landsdelsfunktionerne. Udvalget afgrænser - efter at man har søgt at illustrere den dynamiske udvikling, som forskellige lægelige funktioner gennemløber - lands- og landsdelsfunktionerne til funktioner, der vedrører vanskeligt diagnosticerbare eller behandelige sygdomme samt sjældent forekommende sygdomme, der er relativt nemme at diagnosticere og behandle, men forudsætter tilstedeværelsen af mange hjælpeafdelinger. Endvidere funktioner, der i henseende til diagnosticering og/eller behandling, kræver et stort ressourceforbrug f.eks. i form af specialapparatur.

Lands- og landsdelsdefinitionen ledsages af en række eksempler på funktioner, der understreger vanskelighederne ved entydigt at definere en given funktion som landsfunktion, landsdelsfunktion eller amtsfunktion. Problemet er, at inden for et givet funktionsområde kan patienterne behandles på såvel amts- som landsdels- eller landsplan. Ligesom et givet speciale eller ekspertområde ofte vil være opdelt i mindre funktionsområder, hvoraf nogle findes på simtsplan, mens andre på landsdelsplan og andre igen på landsplan.

Dette forhold medfører vanskeligheder i bestræbelserne på at fremkomme med forslag til disse funktioners geografiske placering og den konkrete landsdækning på basis af funktionernes krav til sygehushæssige ressourcer (bygninger, senge, ambulatorier og personale, teknisk udstyr, hjælpeafdelinger m.v.). Problemerne er specielt store for "nye" funktionsområder som eksempelvis coronarkirurgi, onkologi m.m. Mens man for de mere etablerede funktionsområder lettere vil kunne skitsere en dækning og placering, eksempelvis for neurokirurgi.

Såfremt nærværende udvalg skulle være fremkommet med forslag til de enkelte lands- og landsdelsfunktioners placering og dækning m.m. måtte dette ske ved nedsættelsen af en lang række faglige underudvalg, allerede fordi udvalgets sammensætning ikke dækker alle lands- og landsdelsfunktioner. Dertil kommer, at udnyttelsen af sygehus'væsenets individbaserede patientregistreringssystemer til belysning af enkeltfunktioner m.m. kræver udarbejdelse af specielle EDB-programmer til dette formål for at opnå den optimale udnyttelse af det eksisterende informationsgrundlag.

Et underudvalgsarbejde af denne karakter vil resultere i et øjebliksbillede, der løbende skal justeres og tilpasses udviklingen. Nærværende udvalg har derfor set det som sin hovedopgave at pege på en organisation, der løbende kan opfylde kommissoriets krav frem for at give et øjebliksbillede, der vil være forældet i løbet af kort tid.

1.3 Resume og konklusion.

I kapitel 2 afgrænses lands- og landsdelsfunktionerne til funktioner, der vedrører sjældnere sygdomme, som kun bør behandles et fåtal af steder i landet samt sygdomme hvis diagnosticering og/eller behandling forudsætter tilstedeværelsen af mange hjælpeafdelinger. Endvidere funktioner, der i henseende til diagnosticering og/eller behandling, kræver et stort ressourceforbrug f.eks. i form af specialapparatur.

Denne afgrænsning nåes efter, at udvalget har søgt at illustrere den dynamiske udvikling, som forskellige lægelige funktioner gennemløber: Fra et rent forskningsområde via placering nogle få steder over udbredelsen på mange sygehuse og eventuelt videre ud til praksis, samt den omvendte udvikling: fra mange sygehuse til et enkelt eller få sygehuse. Lands- og landsdelsdefinitionen ledsages af en række eksempler på funktioner, der understreger vanskelighederne ved entydigt at definere en given funktion som landsfunktion, landsdelsfunktion eller amtsfunktion. Problemet er, at inden for ét og samme funktionsområde kan forskellige patienter skulle behandles på enten amts-, landsdels- eller landsplan. Tilsvarende vil 3t givet speciale eller ekspertområde ofte være opdelt i mindre funktionsområder, hvoraf nogle findes på amtsplan, mens andre på landsdelsplan og andre igen på landsplan.

Selvom der således er vanskeligheder med at præcisere de enkelte funktioner, udelukker dette ikke en mere grov opgørelse af funktionerne og disses størrelse. Med udgangspunkt i den almene karakteristik, at lands- og landsdelsfunktionerne kun skal findes på relativt få sygehuse i landet, har udvalget i kapitel 3 opstillet en praktisk definition til brug for en kvantificering af lands- og landsdelsfunktionerne. I det omfang en amtskommune ikke selv råder over en lands- og landsdelsfunktion, vil den sende lands- og landsdelspatienterne til udenamtssygehuse med lands- og landsdelsfunktioner. Ved således at opgøre hvor mange udenamtspatienter, der modtages på sygehuse, der råder over lands- og landsdelsfunktioner efter den generelle afgrænsning, vil man få et samlet indtryk af sådanne funktioners omfang. En fordeling af disse på diagnose, speciale, funktion m.v. vil samtidig give et vist indtryk af det kvalitative indhold. På basis af disse beregninger når udvalget frem til et samlet lands- og landsdelsforbrug på ca. 0,5 senge pr. 1.000 indbyggere, heraf medgår 0,07 senge pr. 1.000 indbyggere til landsfunktion.

Undersøgelsen viser endvidere sammenholdt med sygehuskommunernes

eksisterende funktioner, at der i Nordjyllands-, Århus-, Fyns- og Københavns amtskommuner, samt Københavns kommune idag er sygehuse med lands- og landsdelsfunktioner. Udvalget skal anbefale disse områder som de steder, hvor lands- og landsdelsfunktionerne bør findes fremover. Optageområderne for lands- og landsdelssygehuse er i henseende til hovedparten af patienterne idag følgende: Ålborg sygehus dækker med de på sygehuset etablerede landsdelsfunktioner alene Nordjyllands amtskommune og en mindre del af Viborg amtskommune» De århusianske sygehuse dækker Århus-, Ringkøbing-, hovedparten af Viborg - og væsentlige dele af Vejle amtskommune, mindre dele af Ribe- og Sønderjyllands amtskommuner samt for visse funktioner tillige Nordjyllands- og den resterende del af Viborg amtskommuner. Odense sygehus dækker lynes amtskommune, en stor del af Sønderjyllands- og Ribe amtskommune og en mindre del af Vejle amtskommune. Københavns amtskommune og Københavns kommune er stort set selvforsynende, mens Rigshospitalet dækker den øvrige del af området øst for Store Bælt samt hele landet i henseende til visse lands- og landsdelsfunktioner.

En mere detaljeret afgrænsning af optageområderne eller regionerne for de enkelte lands- og landsdelsfunktioner er det på indeværende tidspunkt ikke muligt at foretage,. Le "naturlige" oplande for eksisterende funktioner er idag bestemt af tradition, tilhørsforhold til et bestemt sygehus og de enkelte sygehuses udbud af de pågældende funktioner m.m. For "nye" funktioner er der ifølge sagens natur endnu ikke fastlagt optageområder, ligesom egentlige centrale fastlagte optageområder kan være vanskelige at afstikke p.gr.a. manglende ekspertise på en række områder i lands- og landsdelsudvalget.

Udvalget føler et klart behov for en nærmere arbejdsdeling og samarbejde imellem de enkelte lands- og landsdelssygehuse inden for de enkelte funktioner. Et middel til at opnå en mere klar arbejdsdeling og samarbejde vil efter udvalgets opfattelse være udarbejdelsen af generelle retningslinier for visitationen til lands- og landsdelssygehuse, kapitel 4» Behovet herfor vil øges ved gennemførelse af et cirkulærebetalingsprincip for samtlige udenamts sygedage. I 1974/75 var kun ca. *jfo* af samtlige udenamtssygedage dækket af et cirkulærebetalingsprincip. Antallet af cirkulærebetalte sygedage var dog forholdsvis langt større vest for Storebælt end øst for Storebælt. F.eks. udgjorde det godt 40% af udenamtssygedagene på Odense sygehus.

Under hensyn til lands- og landsdelsfunktionernes dynamiske karak-

ter, som nødvendiggør en stadig løbende analyse, justering m.v., skal nærværende udvalg anbefale nedsættelse af et permanent landsdækkende planlægnings- og visitationsudvalg. Dette udvalg bør af hensyn til prioriterings- og planlægningssigtet bestå af repræsentanter for sygehuskom-munerne, herunder Rigshospitalet, universiteterne, indenrigsministerium og sundhedsstyrelsen. Da et sådant udvalg i lighed med lands- og landsdelsudvalget vil mangle den egentlige specialkyndige repræsentation på en lang række områder, skal nærværende udvalg anbefale, at planlægnings- og visitationsudvalget nedsætter en række underudvalg, der får til opgave at redegøre for og analysere delområder, som planlægnings- og visitationsudvalget ønsker belyst.

Behovet for et landsdækkende planlægnings- og visitationsudvalg fremgår eksempelvis af hjertekirurgiens forhold og planlægning i Danmark. I en tidligere lægefaglig redegørelse for coronarkirurgien er der redegjort for de lægelige betingelser for udøvelse af coronarkirurgi - en redegørelse som nødvendigvis kræver en faglig indsigt. Placering m.m. af coronarkirurgien har der i det lægelige udvalg ikke kunnet opnåes enighed om. Her vil et "overordnet" planlægnings- og visitationsudvalg være et bedre forum til afgørelse af dette spørgsmål, idet man her har de involverede sygehuskoinmuner og centrale myndigheder repræsenteret.

I det hidtidige Visitationssystem til lands- og landsdelssygehusene har den praktiserende læge haft en dominerende rolle, idet det som hovedregel er denne som ud fra patientens almene tilstand og diagnose og sociale forhold afgør om patienten skal indlægges på sygehus og i givet fald på hvilket samt om indlæggelsen skal ske akut eller ikke-akut. Dog spiller det amtskommunale sygehus en ikke helt ringe rolle i visitationsspørgsmålet, idet hjemstedsamtskommunens sygehus har en funktion i spørgsmålet om videre visitation (overflytning) til lands- og landsdelssygehusene. Størsteparten af patienterne indlagt på lands- og landsdelssygehuse har hidtil været gratis for bopælsamtskommunen, idet der har været tale om indlæggelser på statens sygehuse (Rigshospitalet, de ortopædiske hospitaler, fødselsanstalten i Jylland, Finsen, de psykiatriske sygehuse) og på de statsbetalte afdelinger (Radiumstationerne og neuroafdelingerne samt undervisnings s engene i Århus). Hovedreglen ved behandling på fremmede amtskommuners sygehuse har været, at udgifterne udredes af hjemstedsamtskommunen, når denne har samtykket i behandling på det fremmede sygehus (kautions-erklæring). Som følge af de senere års økonomiske stramninger har der

været en tendens **til**, at disse kautionserklæringer mere og mere er gået over til at være en realitet, d.v.s. at hjemstedsamtskommunen undersøger patienterne før en indlæggelse på et lands- og landsdelssygehus finder sted.

Såfremt der indføres cirkulærebetaling for al udenamtsbehandling, kan der opstå den situation, at de enkelte sygehuskommuner af økonomiske grunde søger at diagnosticere og behandle egne patienter i så høj grad som mulig, d.v.s. at antallet af patienter sendt til udenamts-sygehuse går ned, ligesom der kan være en interesse i at søge at opbygge selvstændige funktioner.

Alt i alt kan dette føre til en uheldig situation, idet patienterne ikke når det optimale behandlingssted i systemet» ligesom de heller ikke når det billigste sted i systemet. Det kan meget vel vise sig, at udgifterne for en amtskommune ved at udbygge sygehusvæsenet på et enkelt eller flere områder er mindre end udgifterne ved at sende patienterne til en lands- og landsdelsafdeling, idet man i den enkelte amtskommune udbygger med de billige lands- og landsdelsfunktioner og overlader de dyre lands- og landsdelsfunktioner til lands- og landsdelssygehuse. Da den nuværende betaling nogle steder er en gennemsnitsbetaling, vil det i realiteten sige, at den billige funktion betales med en vis overpris, mens den dyre funktion får et vist tilskud. Ved en selvstændig amtskommunal udbygning vil lands- og landsdelssygehusprisen derved stige, idet der alene resterer de dyre funktioner. Det er blandt andet på denne baggrund, at udvalgets forslag om nedsættelse af et landsdækkende planlægnings- og visitationsudvalg skal ses.

Et Visitationssystem bør efter udvalgets opfattelse generelt set være indrettet således, at enhver patient uanset bopæl får adgang til den bedst mulige behandling på det nærmeste sygehus, som opfylder kravene til behandling ligesom det herved forudsættes, at de tekniske og personelle ressourcer, der er til rådighed udnyttes med den størst mulige effektivitet. Som middel til at opnå de gunstige virkninger og undgå de uheldige virkninger, er det, at udvalget foreslår udarbejdet retningslinier for visitationen til lands- og landsdelsfunktionerne. Indtil disse retningslinier er udarbejdet, skal nærværende udvalg anbefale, at det nuværende visitationssystem fortsætter i en kort overgangsperiode, d.v.s. at de praktiserende læger fortsat har direkte indlæggelsesret på de tidligere statsbetalte afdelinger og sygehuse.

Man skal endvidere anbefale, at det forberedende faglige udredningsarbejde ikke afventer nedsættelsen af planlægnings- og visitationsudvalget, d.v.s. at der allerede nu nedsættes (under)udvalg om visitationsretningslinier, coronarkirurgi, onkologi, hæmofili, allergologi, skade- og akut modtagelse m.m.

I henseende til betalingssystemet har man fundet anledning til at understrege, kapitel 5, at det styrende element i lands- og landsdelsfunktionerne bør være visitationssystemet suppleret med en betalingsordning, der ikke må modarbejde de mål, der søges tilgodeset ved visitationssystemet. I henseende til finansieringen af den fremtidige udbygning af lands- og landsdelsfunktionerne kan man anbefale, at der gives tilladelse til en lånefinansiering af de nødvendige investeringer eller alternativt, at den foreslåede pulje, jfr. nedenfor, udvides, således at der kan ydes tilskud fra denne.

Det indgår som en del af det foreslåede betalingssystem, at cirkulærebetalingen suppleres med oprettelse af en pulje. Denne pulje skal yde tilskud til en række specialopgaver: Eksempelvis indføringen af nye behandlings- og undersøgelsesmetoder i sygehusvæsenet, vurdering af effekten af allerede anvendte metoder, samt vurdering af effekten af specielle initiativer som gruppeundersøgelser for livmoderkræft, brystkræft m.m. og endelig tilskud til afvejet placering af særligt dyrt apparatur m.m. Puljens størrelse anslås til minimum 50 mill.kr., og dens administration anbefales varetaget af planlægnings- og visitationsudvalget.

1.4 Afgivelse af betænkningen.

Udvalget har i sit møde den 13. januar 1977 vedtaget at afgive nærværende delbetænkning med efterfølgende mindretalsudtalelse (side 41). Udvalget anser dog først sin virksomhed for afsluttet, når et repræsentativt planlægnings- og visitationsudvalg er nedsat, og når videre drøftelser har fundet sted i nærværende udvalg om den fremtidige betalingsordning med det sigte at få gennemført en for lands- og landsdelsfunktionerne og visitationen hertil hensigtsmæssig betalingsordning.

Kapitel 2. Afgrænsning af lands- og landsdelsfunktionerne.

2.1. Afgrænsning efter speciaile eller expertområde.

I takt med udvidelsen af den teoretiske viden om sygdomme skabes i alle lande et behov for udvikling af nye diagnostiske og behandlingsmæssige procedurer. Landvindingerne inden for sundhedsvæsenet vil kvantitativt kunne komme til at spænde fra et lille afgrænset behov, måske bedst betegnet som et expertområde, til et så stort behov, at det giver grundlag for etablering af et nyt lægeligt speciale. I begyndelsen af dette århundrede opdelte man for første gang lægegerningen her i landet i specialer ved at tillade læger at betegne sig som speciallæger i medicin og kirurgi.

I de sidste ca. 25 år har specialiseringen taget et betydeligt omfang. I dag anerkender sundhedsstyrelsen 32 specialer, inden for hvilke man efter en fastlagt uddannelse kan opnå anerkendelse som speciallæge. Herudover er der en række snævre, men højt specialiserede områder, som bestrides af lægelige eksperter, der er henvist til at kvalificere sig og deres område overvejende interkollegialt, fordi der ikke findes en formaliseret og anerkendt uddannelse.

En afgrænsning af lands- og landsdelsfunktionerne efter speciale eller expertområde alene vil på grund af områdets ikke-statistiske karakter og størrelse ikke nødvendigvis være en god løsning. Et område inden for lægegerningen kan vise sig at have sådanne diagnostiske, behandlingsmæssige eller andre for patienterne betydningsfulde udviklingsmuligheder, at en eller flere læger tager områdets problemer op. Til at begynde med er det ikke muligt at forudsige områdets betydning hverken kvalitativt eller kvantitativt. Området viser sig måske egnet til en videre udvikling. Det etableres derfor efterhånden som et expertområde på den afdeling, hvor arbejdet foregår. Drejer det sig om et klinisk område, vil arbejdet ofte føre til erkendelse af et ikke hidtil klarlagt behov, og patienttilgangen stiger. I en række tilfælde vil det nyudviklede område kun kunne tilgodeses på et eller nogle få hospitaler i landet, på grund af det begrænsede antal patienter, der kan nyde godt af denne udvikling. På grund af områdets ringe udstrækning kan man kalde det en landsfunktion.

I en række andre tilfælde viser det sig, at området kan være til gavn for en så stor gruppe patienter, at flere steder i landet bør vare-

tage funktionen f.eks. 4-5 steder, hvorved man kan karakterisere området som en landsdelsfunktion. Endelig kan området vise sig egnet for en endnu større patientmasse således, at der er grundlag for et egentlig speciale med amtsfunktion. Med de eksisterende 32 anerkendte specialer må der forudses, at de nye udviklingsområder kun i sjældne tilfælde vil udvikles til specialer med så stort udbredelsesområde. På den anden side kan muligheden ikke på forhånd afvises, idet lægelige fagområder ikke må anskues som et statisk system, hvor der bygges ovenpå. Tværtimod er det et dynamisk system der til stadighed undergår ændringer.

Traumatologien er et eksempel på udviklingen af et særdeles aktuelt område i de senere år. Hovedparten af patienterne inden for det traumatologiske arbejdsområde har læsioner af arme, ben og ryg samt overfladiske hudlæsioner. Disse læsioner behandles idag af de ortopædkirurgiske afdelinger, som fra at være placeret få steder nu er ved at etableres i samtlige amtskommuner i takt med den trafikale og industrielle udvikling. Epidemiske sygdomme var på den anden side tidligere et fagområde, som havde afdelinger på næsten alle landets sygehuse. Med den stigende bekæmpelse af de epidemiske sygdomme er udviklingen gået modsat traumatologien: Epidemibekæmpelsen må idag anses som en funktion, der højst kan karakteriseres som landsdelsspeciale, også selv om tropesygdommene indkorporeres.

Alt i alt er der ikke sammenfald mellem bestemte lægelige specialer og lands- og landsdelsfunktioner. Dette synes i noget højere grad at gøre sig gældende for visse ekspertområder. Disse afgrænser imidlertid heller ikke lands- og landsdelsfunktionerne alene af den grund, at der ikke findes en "autoriseret ekspertområdeliste".

Problemerne illustreres blandt andet af, hvorledes et område udvikler sig til et ekspertområde, videre til et speciale, der igen splittes op. Som et eksempel skal kort beskrives thoraxkirurgiens udvikling i Danmark. Op til 2. verdenskrig var den thoraxkirurgiske indsats her i landet væsentligst overladt til tuberkuloselægerne. Fra 1915 opererede man patienter, som fik fjernet dele af lungen. Resultaterne var alt i alt ikke særlige gode, hvorfor denne udvikling hurtig stilnede af. Først i 1937 og 1939 udførtes lobectomi og pneumonectomi med gode resultater. Resultatet blev, at den første lungekirurgiske afdeling blev oprettet på Øresundshospitalet i København. Lungekirurgerne interesserede sig også for operation på hjerte og de store kar. I 1950 blev thoraxkirur-

gi anerkendt som speciale af sundhedsstyrelsen. Til at "begynde med var det et overvejende rungekirurgisk speciale, idet der hurtigt i sidste del af 40'erne havde vist sig et betydeligt antal patienter med behov for lungekirurgi (især lungecancer og bronchiektasier). Den cardio-vaskulære kirurgi blev efterhånden af et så stort omfang, at den blev inddraget som en væsentlig del af specialet. Samtidig begyndte en dansk udvikling af dette område, bl.a. blev en dansk hjertelungemaskine udviklet og brugt ved åbne hjerteoperationer, og ved at der udvikledes medicinske cardio-respiratoriske laboratorier., som snævert samarbejdede med kirurgerne. Senere begyndte en række kirurger at beskæftige sig med sygdomme i de perifere kar. Efterhånden fik de bl.a. via opbygningen af kredsløbslaboratorier indført en medico-teknisk undersøgelsesteknik i karkirurgi.

Idag omfatter thoraxkirurgien groft taget 3 områder: Den oprindelige lungekirurgi, hjertekirurgi og karkirurgi. En betænkning fra cardiologisk selskab vedrørende hjertekirurgien har ikke formået at fremstille en enig konklusion, hverken med hensyn til hjertekirurgiens operative omfang eller med hensyn til områdets placering i sygehusvæsenet. Inden for karkirurgien kan man stort set dele op i 2 områder: 1. En speciel del, omfattende de centrale kar og deres behandling, som kun kan udføres på steder, hvor der findes en fuldt udbygget thoraxkirurgisk afdeling. 2. En mere generel del omfattende de perifere kar og deres behandling. Denne form for kirurgi udføres mange steder, således bl.a. på de ortopædkirurgiske afdelinger i amterne.

Dette eksempel viser vanskelighederne. Indenfor thoraxkirurgien er der elementer af "almindelig kirurgi" og landskirurgi, ligesom man kan tale om landsdelsfunktioner. En rubricering af det pågældende speciale som amts- eller landsdels- eller landsspeciale vil således ikke være korrekt. Man må i princippet helt ned på de enkelte funktioner, delfunktioner, inden for området for at kunne placere disse hensigtsmæssigt.

2.2. Afgrænsning efter et organ-, sygdoms- eller patientkriterium.

Da et speciale eller et ekspertkriterium alene ikke viser sig hensigtsmæssig til en afgrænsning af lands- og landsdelsfunktionerne kunne man forestille sig andre afgrænsningskriterier. Eksempelvis kunne man som afgrænsningskriterium for lands- og landsdelsfunktionerne vælge

1) afgrænsning efter organ (eksempelvis hepatologi, blodkar), 2) afgrænsning efter sygdomskategori (eksempelvis hæmofili, sukkersyge), 3) afgrænsning efter patientkategori (eksempelvis børnekirurgi, neonatologi). Disse afgrænsningskriterier vil dog hver for sig frembyde samme problemer som nævnt ovenfor i afsnit 2.1. Således vil ved et organkriterium den pågældende behandling kunne finde sted såvel på lands- som landsdels- som amtsplan jfr. hvad der ovenfor er sagt under karkirurgi. Afgrænsning efter sygdomskategori alene vil ligeledes heller ikke være et godt mål. Eksempelvis vil graviditetspatienter med svær sukkersyge være en lands- og landsdelsfunktion, mens den daglige kontrol og behandling af patienter med lettere sukkersyge i mange tilfælde vil kunne varetages på amtsplan med et udmærket resultat. En afgrænsning efter patientkategori kan heller ikke stå alene, således foretages der mange operationer på børn, uden at der er tale om lands- eller landsdelsfunktioner.

2.3. Generel definition.

Alt i alt må udvalget konkludere, at det i praksis næppe vil være hensigtsmæssigt med ét afgrænsningskriterium alene. Generelt må man søge at afgrænse lands- og landsdelsfunktionerne til funktioner, der vedrører sjældnere sygdomme, som kun bør behandles et fåtal af steder i landet, samt sygdomme hvis diagnosticering og/eller behandling forudsætter tilstedeværelsen af mange hjælpeafdelinger. Endvidere funktioner, der i henseende til diagnosticering og/eller behandling kræver et stort ressourceforbrug f.eks. i form af specialapparatur.

En definition af lands- og landsdelsfunktionerne må ledsages af en eksemplificering og præcisering af funktionerne, ligesom det må understreges, at en sådan definition kun gælder inden for et kort åremål, idet der som ovenfor omtalt er tale om en dynamisk proces, der medfører stadig afgang og tilgang til funktionerne. Med dette forbehold mener udvalget på indeværende tidspunkt at kunne definere lands- og landsdelsfunktionerne som følger:

Ved landsfunktion forstås diagnosticering og/eller behandling af

- a) en række lidelser, der på grund af sjældnen forekomst kun bør behandles et eller nogle få steder i landet.
- b) sygdomstilfælde, der kræver adgang til diagnostiske eller terapeutiske procedurer, der er så nye eller så kostbare, at de (endnu) kun findes et eller nogle få steder i landet.

- c) sygdomstilfælde» der omfatter samtidig forekomst af flere lidelser, der nødvendiggør et samarbejde af specialister, der kun bør etableres et eller nogle få steder i landet.
- d) endvidere regnes som landsfunktion ambulante konsultationer eller indlæggelser, der tjener til kontrol af patienter, der har modtaget behandling, der er klassificeret som landsfunktion.

D.v.s. landsfunktion udføres på et til tre sygehuse.

Ved landsdelsfunktion forstås

- a) diagnosticering og/eller behandling af sygdomstilfælde der i nogle af landets sygehuskommuner nødvendiggør overflytning til sygehus i anden sygehuskommune, men som dog ikke kan klassificeres som landsfunktion eller amtsfunktion,,
- b) endvidere regnes som landsdelsfunktion ambulante konsultationer eller indlæggelser, der tjener til kontrol af patienter, der har modtaget behandling klassificeret som landsdelsfunktion.

D.v.s. at landsdelsfunktion udføres på ialt 5-7 sygehuse.

De resterende funktioner vil være amtsfunktioner, d.v.s. funktioner der som hovedregel findes og kan varetages i de fleste sygehuskommuner.

Definitionernes "sammenblanding" af epidemiologiske-, ressourcemæssige-, behandlingsmæssige faktorer m.m. er ikke i overensstemmelse med nogen form for sygdoms- eller specialefordeling'« Til illustration af dette forhold er tabel 2.1 opstillet. Inden for et givet funktionsområde (speciale eller ekspertområde) kan patienter behandles på såvel amtsplan som lands- eller landsdelsplan. Ved krydsmarkering er søgt angivet den relative fordeling af patienterne for forskellige funktionsområder på de forskellige niveauer.

Det betyder ikke, at der nødvendigvis findes en specialafdeling eller ekspert på samtlige niveauer,, hvor der er anbragt krydser. F.eks. vil der ikke findes en håndkirurg i hvert amt, men desuagtet vil fingerstrækkesener fortsat blive syet på amtsniveau, da det drejer sig om en ret enkel kirurgisk procedure. Nuclearmedicin er et ekspertområde, der er anført som en lands- og landsdelsfunktion, uagtet at store dele af

nuclearmedicinsk diagnostik foregår på amtsniveau inden for klinisk kemi, klinisk fysiologi og diagnostisk radiologi.

Fordelingen er foretaget ved et skøn af en lægelig gruppe fra lands- og landsdelsudvalget. Absolutte tal kunne fremskaffes fra de patientregistreringsbånd, som findes i sygehuskommunerne, men som illustration må de skønnede relative angivelser være tilstrækkelige. Dog må det erindres, at fire krydser for landsfunktion i børnekirurgi ikke nødvendigvis betyder flere patienter end ét kryds for pædiatrilandsfunktionen, men kun angiver den relative fordeling inden for specialet.

Fordeling ved hjælp af ialt seks krydser pr. speciale giver naturligvis en meget grov opdeling. Specielt vil enkelte specialer have fået placeret et kryds i landsfunktion, hvor den relative patientandel på dette niveau er mindre end svarende til et kryds. Da det imidlertid er vigtigt at gøre sig klart, at specialet har landspatienter, og da disse patienter ofte kræver relativt flere ressourcer og større økonomi, må den før omtalte kombination af kriterier holdes in mente ved aflæsning af tabellen.

Fordelingen af patienterne inden for enkelte af specialerne og ekspertområderne kræver nærmere forklaring, mens hovedparten formentlig illustrerer den almindelige opfattelse af patientfordelingen.

Den dermato-venerologiske amtsfunktion er en konsulentfunktion, men denne ydelse klarer problemerne for en del patienter.

Cardiologi er her betragtet som omfattende hjertesygdomme generelt, d.v.s. heri indbefattet arteriosclerotiske hjertelidelser, som behandles på ethvert sygehus. Havde man lagt muligheden for diagnostik ved hjælp af hjertekatheterisation til grund, ville der ikke være tildelt amtsfunktionen patienter¹ inden for dette speciale.

Neuromedicin figurerer med stor andel af patienterne på amtskommunalt niveau, da der er oprettet neuromedicinske afdelinger i de fleste amter, og da f.eks. patienter med hjernerystelse og apoplexi hører hjemme her. At der tillige er patienter på landsdels- og landsniveau er klart. Dels er der sjældent forekommende lidelser, dels lidelser som differentialdiagnostisk er afhængige af kostbart apparatur f.eks. CAT-scannere. End videre vil svære tilfælde af epilepsi skulle behandles på landsdelsniveau.

Intern medicin og kirurgi demonstrerer, at selv i mere almene specialer vil der være patienter af en sværhedsgrad, som nødvendiggør henvisning til landssygehus.

Tropemedicin er eneste gennemførte landsfunktion, men det kan ikke afvises, at enkelte eksotiske sygdomme behandles lokalt.

Ved børnekirurgi forstås i denne sammenhæng kirurgisk behandling af de specielle kirurgiske lidelser i barnealderen, for en betydelig del medfødte anomalier i fordøjelseskanal og urinveje, hvoraf mange er landsfunktioner. Kirurgisk behandling af almindelig sygdom, som tilfældigvis har ramt et barn, f.eks. blindtarmsbetændelse, regnes ikke for børnekirurgi.

Endokrinkirurgi findes i tabellen repræsenteret på amtsplan, idet strumakirurgi fortsat udøves på dette niveau. At en vægtig del foregår på landsplan i forbindelse med komplicerede diagnostiske procedurer må markeres. At endokrinologi har to krydser på amtsplan, skyldes at såvel struma som sukkersyge hører til denne gruppe. Til hæmatologien har man ikke regnet de simple jernmangelanæmier, hvorfor hovedparten af patienterne placeres på lands- og landsdelsafdelinger.

Ortopædisk kirurgi kraftige repræsentation på amtsniveau hænger sammen med arbejdet med traumatologiske patienter. Fremtidig vil yderligere tilkomme et stigende antal patienter med slidgigt og leddegigt. Den klassiske børneortopædi findes på lands- og landsdelsniveau. Behandlingen af knoglekræft og muligvis også de sværere knoglebetændelser må betragtes som landsfunktion«

Kirurgisk gastroenterologi er et konkret eksempel på vanskelighederne ved at gruppere lands- og landsdelsfunktionerne. Specialet omfatter følgende landsfunktioner: 1) kirurgisk hepatologi, herunder galdevejslæsion og operativ behandling af portal hypertension. 2) endokrinkirurgi, for så vidt angår kirurgisk indgreb på bughulens hormonproducerende kirtler. 3) neonatal gastroenterologi (kirurgisk indgreb på mave-tarmkanal hos nyfødte. 4) anden speciel børne mave-tarm kirurgi. Af landsdelsfunktioner omfatter specialet bl.a. følgende: gastrointestinal onkologi, kirurgisk behandling af Morbus Crohn og Colitis ulcerosa.

Udviklingen har for det nævnte eksempel - kirurgisk gastroenterologi - medført, at behandlingen af en række lidelser er blevet samlet under ét speciale, fordi de anatomisk udspilles i dettes anatomiske område, bughulen, og bl.a. 'tan behandles kirurgisk.

Imidlertid finder samme lidelser også indpasning¹ under andre specialer. Ved hepatologi forstås normalt en medicinsk specialfunktion. Morbus Crohn og Colitis ulcerosa behandles også af de medicinske gastrologer. Endokrinkirurgi omfatter ijdgreb på hormonproducerende kirtler

på hals og i brysthule samt indgreb på binyrerne, mens hypofyseindgreb hører under neurokirurgi, og strumakirurgi sorterer under almenkirurgi. Kun indgreb på bugtulen¹s hormonproducerende kirtler hører under kirurgisk gastroenterologi.

Børne mave-tarm kirurgi er for størstedelen almenkirurgi, men hvad angår specielle lidelser og de nyfødtes kirurgi er der tale om kirurgiske gastroenterologiske specialfunktioner på lands- og landsdelsplan.

Mave-tarmkanalens onkologi henregnes under den kirurgiske gastroenterologi, men der er også et betydeligt behov for behandling ved egentlige onkologer, som idag findes i forbindelse med radiumstationerne.

Kirurgisk gastroenterologi er således et overordnet begreb i forhold til en række delfunktioner, som tillige har tilhørsforhold andet steds. I denne henseende er kirurgisk gastroenterologi ikke enestående.

Alt i alt repræsenterer tabel 2.1 en vis forenkling, idet de enkelte funktioner er overlappende, hvilket gør en stringent opbygning vanskelig.

Tabel 2.1

Den relative fordeling af patienterne inden for de enkelte specialer, ekspertområder og særfunktioner opdelt efter behandlingssteder.

	Amts- funk- tion	Lands- dels- funktion	Lands- funk- tion
01 Anæsthesiologi	XXXX	X	X
02 Børnepsykiatri ^{xl)}			
03 Cardiologi	XX	XX	XX
04 Dermatovenerologi	X	XXX	XX
05 Diagnostisk radiologi	XXX	XX	X
06 Fysiurgi, rehabilitering og rheumatologi	XXXX	X	X
07 Gynækologi og obstetrik	XXX	XX	X
08 Intern Medicin	XXXX	X	X
09 Kirurgi	XXXX	X	X
10 Klinisk blodtypeserologi	X	XXX	XX
11 Klinisk fysiologi	XX	XXX	X
12 Klinisk kemi	XXXX	X	X
13 Klinisk mikrobiologi	XX	XX	XX
14 Klinisk neurofysiologi		XXXX	XX
15 Medicinske lungesygdomme	XXX	XX	X
16 Nefrologi	XX	XXX	X
17 Neurokirurgi		XXXX	XX
18 Neuromedicin	XXX	XX	X
19 Oftalmologi	XXX	XX	X
20 Ortopædisk kirurgi	XXX	XX	X
21 Otologi	XXX	XX	X
22 Patologisk anatomi	XXXX	X	X
23 Plastikkirurgi		XXX	XXX
24 Psykiatri ^{xl)}			
25 Pædiatri	XXX	XX	X
26 Terapeutisk radiologi		XXXX	XX

	Amts- funk- tion	Lands- dels- funktion	Lands- funk- tion
27 Thoraxkirurgi		xxxx	xx
28 Tropemedicin			xxxxxx
29 Urologi	xx	xxx	x
30 Kirurgisk gastroenterologi	xx	xx	xx
31 Medicinsk gastroenterologi	xx	xx	xx
32 Langtidsmedicin	xxxxxx		

Brandsårskirurgi		xx	xxxx
Børnekardiologi		xx	xxxx
Børnekirurgi	x	x	xxxx
Endokrinkirurgi	x	xx	xxx
Endokrinologi	xx	xxx	x
Epidemiologi		xxx	xxx
Hepatologi	xx	xxx	x
Hæmatologi	xx	xxx	x
Håndkirurgi	x	xxxx	x
Karkirurgi	x	xxx	xx
Klinisk farmakologi		xxxx	xx
Klinisk immunologi		xxxx	xx
Klinisk virologi		xxx	xxx
Læbeganespaltekirurgi		x	xxxxx
Nuclearmedicin		xxxx	xx
Oralkirurgi		xxx	xxx
Transplantationskirurgi		xxx	xxx
Øvrige særfunktioner		xx	xxxx

- x) De psykiatriske patienters forhold behandles i øjeblikket af det af Indenrigsministeriet nedsatte psykiatriudvalg.

Kapitel 3« Eksisterende lands- og landsdelsfunktioner.

3.1 En kvantitativ opgørelse af lands- og landsdelsfunktionerne.

En talmæssig belysning af lands- og landsdelsfunktionerne efter den i afsnit 2.3 givne definition er temmelig vanskelig, idet denne definition ikke giver mulighed for udnyttelse af eksisterende medicinalstatistik. Men med udgangspunkt i den almene karakteristik, at lands- og landsdelsfunktionerne kun skal findes på relativt få sygehuse i landet, er det muligt at opstille en "praktisk" definition til brug for en kvantificering. I det omfang en amtskommune ikke selv råder over en lands- og landsdelsfunktion, vil den sende lands- og landsdelspatienterne til lands- og landsdelssygehuse. D.v.s. opgør man på lands- og landsdelssygehuse, hvor mange udenamtpatienter sygehuse modtager, vil man her have et kvantitativt mål for lands- og landsdelspatienterne. En fordeling af disse på diagnose, speciale, funktion m.v. vil samtidig give et vist indtryk af det kvalitative indhold. Den skitserede måleenhed må antages at være et relativt godt udgangspunkt, der dog er behæftet med en vis (ringe) usikkerhed. Eksempelvis vil ved trafikulykker en patient indlagt på et lands- og landsdelssygehus blive registreret som en lands- og landsdelspatient, hvilket ikke nødvendigvis behøver at være korrekt. En korrektion herfor er vanskelig, men antallet af sådanne tilfælde kan antages at være forsvindende lille. Endvidere rummer den skitserede måleenhed den ulempe, at man kun får belyst det udenamtskommunale træk på lands- og landsdelsfunktionerne, men ikke den indenamtskommunale benyttelse af lands- og landsdelsfunktionerne.

På basis af denne arbejdsdefinition og oplysninger om antallet af udenamtpatienter og udenamtssygedage på somatiske sygehuse i Århus-, Nordjyllands- og Fyns amtskommuner samt Rigshospitalet, har udvalget foretaget beregninger over lands- og landsdelsfunktionerne. De nærmere beregninger er gengivet i bilag 1. Her skal blot omtales hovedresultaterne. På basis af disse beregninger når man frem til et samlet lands- og landsdelsforbrug på ca. 0,5 senge pr. 1.000 indbyggere. Fordelingen på lands- og landsdelsfunktioner er: Landsfunktion: 350 senge svarende til 0,07 senge pr. 1.000 indbyggere (udnyttelsesgrad på 80%). Landsdelsfunktion: 2.150 senge svarende til 0,43 senge pr. 1.000 indbyggere (udnyttelsesgrad på 80%). Den geografiske fordeling af lands- og landsdelsfunktionerne, inclusive sengeplacering, på basis af funktionernes krav til byg-

ninger, senge, ambulatorier, personale, udstyr, hjælpeafdelinger m.v. har udvalget ikke foretaget. Men udvalget skal pege på, at Nordjyllands-, Århus-, Fyns- og Københavns amtskommuner samt Københavns kommune og Rigshospitalet idag har lands- og landsdelsfunktioner og fremover bør være de steder, hvor lands- og landsdelsfunktioner findes, jfr. iøvrigt afsnit 4.2.

3.2. Beskrivelse af lands- og landsdelsfunktionerne på grundlag af oplysninger fra udvalgte sygehuskommuner og sygehusplaner.

Med henblik på at belyse de funktioner, som udenamtspatienterne lægger beslag på, har udvalget indhentet en række oplysninger fra sygehuskommunerne udover disses sygehusplaner.

Fra de i afsnit 3.1 anførte lands- og landsdelssygehuskommuner (yder-sygehuskommuner) er der indhentet oplysninger om disses lands- og landsdelsfunktioner, optageområderne for disse og deres størrelse. Oplysninger er indhentet fra Københavns kommune, Københavns-, Fyns-, Århus- og Nordjyllands amtskommuner, desuden er anvendt en oversigt over specialfunktioner ved Rigshospitalet. Oplægget til undersøgelsen er gengivet som bilag 2A.

Fra udvalgte brugerkommuner (Vestsjællands-, Storstrøms-, Ringkøbing- og Sønderjyllands amtskommuner) har udvalget indhentet oplysninger om hvilke patientkategorier, man sender til behandling eller undersøgelse uden for amtskommunerne med angivelse af hvilke sygehuse, der benyttes. Oplægget til denne undersøgelse er gengivet som bilag 233.

Patientregistreringssystemerne i de deltagende sygehuskommuner varierer, men ved gennemgang har det dog været muligt at uddrage en række sammenlignelige oplysninger. Det må understreges, at det efterfølgende bygger på sygehuskommunernes egne oplysninger.

Yderkommunernes oplysninger om eksisterende funktioner er angivet i tabel 3.1. Rigshospitalets oplysninger om fagområder (november 1975) er vedlagt som bilag 2C.

Enkelte funktioner er afkrydset i parentes. Børnekirurgi findes således kun uddifferentieret på selvstændig afdeling på Rigshospitalet, mens funktionen udføres som udtrykkelig angivet delfunktion på kirurgiske afdelinger i København-, Fyns- og Århus amtskommuner. Lignende forhold gælder for håndkirurgi, som kun findes selvstændigt på Ortopædisk Hospi-

tal i København og Københavns amts sygehus i Gentofte. Brandsårskirurgi er opført som landsfunktion på Københavns kommunes hospital i Hvidovre, hvilket naturligvis ikke betyder» at brandsår ikke behandles - også for mere komplicerede tilfældes vedkommende - flere steder i landet. Imidlertid er den anførte afdeling den eneste, som er uddifferentieret specielt til dette formål med alle dets kirurgiske og patofysiologiske aspekter, og som modtager patienter fra hele landet. Læbe- og ganespaltekirurgi foretages, hvad angår de primære indgreb, som landsspecialer på Diakonissestiftelsen i København. Derimod foretages de sekundære indgreb tillige på de plastikkirurgiske afdelinger bl.a. på Eigshospitalet, Odense og på Århus KH, idet behandlingen søges koncentreret til de byer, hvor de øvrige nødvendige institutioner for patienters behandling findes, specielt avanceret tandbehandling og talepædagogiske institutter.

Som det ses af tabel 3.1 er området vest for Storebælt stort set selvforsynende med de angivne lands- og landsdelsfunktioner, idet dog større brandsårsbehandling og primær behandling af læbe/ganespalte overføres til hovedstaden.

Imidlertid er der, selv om en lands- og landsdelsfunktion eksisterer i et område, visse særtilfælde,, som videresendes. Således angives fra Århus, at visse sjældne former for oftalmologisk kirurgi og visse former for børnehjertekirurgi videresendes.

Nordjyllands amtskommune sender følgende patienter til hovedstadsområdet: visse øjenpatienter (Laserbehandling af diabetisk retinopati, amotio retinae, tumordiagnostik), visse neurokirurgiske patienter, enkelte brandsårspatienter, visse klassisk- og børneortopædiske tilfælde (skolioser), visse håndkirurgiske tilfælde, porta-cava anastomoser. I alt sendes ca. 30-40 patienter til hovedstadsområdet. Herudover overfører Nordjyllands amtskommune i hvert fald 180 patienter årligt til andre sygehuskommuner vest for Storebælt, overvejende Århus. Tallene er usikre, da ikke alle specialer har kvantificeret deres overflytninger. Ca. 600 blodprøver sendes årligt til speciallaboratorier i København fra Nordjyllands amtskommune.

Optageområderne for de enkelte yderamtskommuners landsdelsfunktioner er angivet i tabel 3.2. Angivelserne er for en væsentlig del (hovedstadsområdet) fremsat af de enkelte afdelingers chefer, mens de for Fyns-, Århus- og Nordjyllands amtskommuners vedkommende fremsættes på grundlag af patientstatistikker. Århus-, Fyns- og til en vis grad Nord-

Tabel 3.1

Lands- og landsdelsfunktionernes placering

Funktion	Rigs- hosp.	Købh. komm.	Købh. amt	Fyns amt	Århus amt	N.Jyl. amt
Brandsårskirurgi		x				
Børnecardiologi	x			x	x	x
Børnekirurgi	x		(x)	(x)	(x)	
Cardiologi (lab.)	x	x	x	x	x	x
Dermato-venerologi	x	x	x	x	x	
Endocrinkirurgi	x			x	x	
Endocrinologi (med.)	x	x	x	x	x	x
Hepatologi	x	x		x		x
Hæmatologi	x	x	x	(x)	x	x
Håndkirurgi	(x)	OHK	x	(x)	(x)	(x)
Infektionssygdom + tropemed.	x			x	x	
Karkirurgi	x	(x)	x	x	x	x
Kirurgisk gastroenterologi	x	x	x	x	x	x
Kirurgisk oftalmologi	x	x	x	x	x	x
Klinisk blodtypeserologi	x	x	x	x	x	x
Klinisk farmakologi	x		x	(x)	x	
Klinisk immunologi	x	x	x	(x)	x	
Klinisk neurofysiologi	x	x	x	x	x	x
Klinisk virologi	x					
Medicinsk gastroenterologi	x	x	x	x	x	x
Nefrologi	x	x	x	x	x	x
Neurokirurgi	x	x	x	x	x	x
Nuclear medicin	x	x	x	x	x	
Oralkirurgi	x	x			x	
Plastikkirurgi	x	x		x	x	
Reumatologi	x	x		x	x	
Terapeutisk radiologi	x		x	x	x	x
Thoraxkirurgi	x	x	x	x	x	x
Transplantationskirurgi	x		x	x	x	
Urologi	x	x	x	x	x	(x)
Læbe- ganespalte		Diakonisse- stiftelsen		(x)	(x)	

Anm.: En række af funktionerne og disses placering er kommenteret i teksten

jylland- og Københavns amtskommuner optager patienter uden for deres egen amtskommune, mens Københavns kommunes sygehuse modtager overvejende patienter fra Københavns kommune bortset fra enkelte funktioner. Rigs-hospitalet modtager patienter fra hele landet.

Tabel 3.2	Yderamtet	
Funktion	Københavns kommune	Københavns amt
Brandsårskirurgi	Hele landet	
Børnecardiologi		
Børnekirurgi		Københavns amt
Cardiologi (lab.)	Købh. kommune	Købh. amt Roskilde amt
Dermato-venerologi	Købh., Frb. komm. Købh. amt	
Endocrinologi	Købh. kommune + hele landet	Hovedsagelig Købh. amt
Hepatologi	Købh., Frb. komm. Købh. amt	
Hæmatologi	Købh., Frb. komm. Købh. amt.	Sjælland
Håndkirurgi		Hovedsagelig Købh. amt
Infektionssygdomme + tropemedicin		
Karkirurgi		Købh. amt, Frb. kommune Roskilde, Storstr. amt
Kirurgisk gastroenterologi	Købh. kommune	Hovedsagelig Købh. amt
Kirurgisk oftalmologi	?	Købh. amt, Købh. kommune
Klinisk blodtypeserologi	Købh. kommune	Hovedsagelig Købh. amt
Klinisk farmakologi		Hovedsagelig Købh. amt
Klinisk immunologi	?	Hovedsagelig Købh. amt
Klinisk neurofysiologi	Købh. kommune	Købh. amt, Frborg., Roskil- de, Vestsj., Storstrøms amt
Klinisk virologi		
Medicinsk gastroenterologi	?	Købh. amt, Frborg, Storstr., Roskilde amt
Nefrologi	?	Købh. amt
Neurokirurgi	KK.+DK øst f. St. bølt i vagten	Købh. amt, Sjælland Lolland-Falster
Nuclear medicin	?	Hovedsagelig Købh. amt
Oralkirurgi	?	
Plastikkirurgi	Købh. kommune	
Reumatologi	Købh. kommune Købh. amt	
Terapeutisk radiologi		Hovedsagelig Købh. amt
Thoraxkirurgi	Købh. kommune Købh. amt	Købh. amt
Transplantationskirurgi		Hovedsagelig Købh. amt
Urologi	Købh. komm., Horn- bæk, Geelsgård	Købh. amt, Sjælland Loll.-Falst., øvr. land
Læbe- ganespalte		

optageområder

Fyns amt	Århus amt	Nordjyllands amt	Rigshosp.
Fyn - Sønderjylland - en del af Ribe - en del af Vejle amtskommuner	Område I. Funktionerne: infektionssygdomme-tropemedicin, rheumatologi, dermatologi, delvis stråleterapi, transplantations- og hjertekirurgi, neurokirurgi, plastikkirurgi, gynækologi og obstetrik, har optageområdet: Århus-, Nordjylland-, Viborg-, Ringkøbing-, den væsentligste del af Vejle-, og en mindre del af Ribe amtskommuner og nogle sønderjyske patienter. Område II rummede alle lands- og landsdelsfunktioner bortset fra, hvad der er nævnt under område I, har optageområdet: Århus-, Vejle-, hovedparten af Ringkøbing - og en del af Viborg amtskommune.	Nordjyll., Viborg, Ringkøbing, Nordlige Århus amt Nordjyllands amt Hvor intet andet er nævnt: Nordjyllands amt + visse dele af Viborg amt.	Hele landet

Yderamtskommunernes angivelse af det antal senge som i 1974/75 blev anvendt til lands- og landsdelsfunktioner, samt det skønnede behov frem til 1980/85 med angivelse af antal senge pr. 1.000 indbyggere i op-
tageområderne er angivet i tabel 3.3. Da der ikke foreligger angivelser fra Københavns amtskommune, Københavns kommune, og da det endnu ikke er

Tabel 3.3. Senge anvendt til lands- og landsdelsfunktion incl. egen amts-
kommune.

	Eksist. senge	Skønnet behov	Befolknings- underlag	Senge pr. 1.000 indb.
Rigshospitalet	-	-	-	-
København K.	-	-	550.000	-
København A.	-	-	-	-
Århus A	756	964	område I 1.825-1,9 mill. område II 1,2-1,3 mill.	- -
Nordjyllands A.	206	-	-	-
Fyns A.	300	540	1 mill.	0,3-0,54

Anm.: Indbyggertallet er sygehuskommunernes egne angivelser af lands-
lanisdelsoplandene. Med hensyn til Rigshospitalet og Københavns
amtskommune henvises til teksten. For Århus amtskommunes vedkom-
mende er der tale om to lands- og landsdelsområder, jfr. tabel 3.2.
I 1973 har nogle afdelinger (svarende til ca. 376 senge) et be-
folkningsunderlag på 1.2 mill, indbyggere, mens andre (svarende til
ca. 380 senge) har et underlag på 1.825 mill, indbyggere. Sengedæk-
ningen pr. 1.000 indbyggere i 1973 for de 1.2 mill, personer kan,
da de 1.2 mill, også er indeholdt i de 1,825 mill., anslås til

$$\frac{376}{1200} + \frac{380}{1825} \times \frac{1200}{1825} = 0.313 + 0.1317 = 0.450$$

De resterende 625.000 indbyggere modtager en dækning fra Århus på

$$\frac{380}{1825} + \frac{625}{1825} = 0.071, \text{ hvortil skal lægges dækningen fra de}$$

øvrige alternative steder (Ålborg, Odense, Rigshospitalet) for at
finde dette områdes fulde lands- og landsdelsdækning.

fastsat, hvor stor en del af Rigshospitalet, som skal anvendes til lands-
og landsdelsfunktioner, har det ikke været muligt at opstille en endelig
beregning, som kan sammenlignes med den tidligere fremkomne, hvorved man
nåede frem til størrelsen 0,5 senge til lands- og landsdelsfunktioner pr.
1.000 indbyggere.

Besvarelserne fra de adspurgte brugerkommuner er stort set samstemmende og angiver, at hovedparten af de patienter, som videresendes til lands- og landsdelsafdelingerne falder inden for de i den udsendte liste angivne funktioner. Imidlertid er der fra flere amtskommuner gjort opmærksom på, at ortopædkirurgi burde indgå, idet der specielt tænkes på klassisk børneortopædi. Neonatologi er ligeledes nævnt som mulig lands- og landsdelsfunktion.

Herudover er der angivet mindre diagnosegrupper inden for mange områder, som man ønsker overført til lands- og landsdelsafdelinger, uden at der er tale om egentlig større samlede funktionsområder. Vestsjællands amtskommunes sygehusafdelinger har udfærdiget en liste over diagnoser for samtlige overførte fra de enkelte afdelinger. Denne liste er i redigeret form gengivet i bilag 2D, der samtidig angiver de anvendte lands- og landsdelssygehuse (angivelser af antal overflyttede patienter i de enkelte grupper er ikke indsendt).

Det kvantitative behov for overflytning fra brugeramtskommunernes sygehuse til lands- og landsdelssygehuse er angivet i tabel 3.4. For hovedparten af amtskommunernes vedkommende drejer det sig om skøn med angivelse af maximum og minimum på grundlag af, hvad man mener at have overført inden for de sidste 2-3 år. Højeste og laveste skøn er angivet i tabellen. For Vestsjællands amtskommune drejer det sig om 1,5 - 2,0 overflytninger pr. 1.000 indbyggere pr. år, for Storstrøms amtskommune om ca. 2,5 overflytninger pr. 1.000 indbyggere pr. år og for Ringkøbing amtskommune om ca. 2 overflytninger pr. 1.000 indbyggere pr. år. For Sønderjyllands amtskommune har antal overflytninger pr. 1.000 indbyggere ikke kunne udregnes, da der kun er opgivet overflytninger fra Haderslev sygehus.

Tabel 3.4. Antal overflyttede patienter fra brugersygehuskommuner til lands- og landsdelssygehuse pr. år. Amtskommunernes angivelser.

Afsender speciale	Sygehuskommune							
	Vestsjælland		1) Storstrøm		Ringkøbing		Sønderjylland	
	Min.	Max.	Min.	Max.	Min.	Max.	Min.	Max.
Medicin	40	40				212		
Fysiurgi						2		
Lungemedicin	20	33				4		
Neuromedicin	87	87				51		
Kirurgi	96	109				110		
Ortop.kir.	16	51				48		
Gyn.obst.	48	57				43		
Otologi	36	42				12		
Pædiatri	51	108				29		
Psykiatri	1	1				7		
Total	395	528	635 ²⁾	655 ²⁾		518	164 ³⁾	

Anm.: 1) Excl. Ringsted med. & kir., samt Holbæk med.

2) Afsender specialet ikke angivet

3) Kun ptt. på Haderslev sygehus.

4) Tallene er i de fleste tilfælde skøn. Minimale og maximale tal angivet o

For Ringkøbing amtskommune kan de ca. 2 overflytninger pr. 1.000 indbyggere pr. år sammenlignes med de ialt på lands- og landsdelssygehuse- ne modtagne patienter fra Ringkøbing amtskommune, ca. 12 pr. 1.000 indbyggere. Forskellen mellem disse 12 patienter og de 2 overflyttede patienter udgør i princippet patienter henvist af praktiserende læge. D.v.s. for hver patient, der overflyttes fra et indenamtssygehus til udenamtssygehus, henviser de praktiserende læger 5 patienter til udenamts- sygehuse. Dette udsagn skal dog modificeres med det forhold, at der reelt er tale om indlæggelser og ikke personer. I det omfang en person overflyt- tes fra et brugeramtskommunalt sygehus til et landsdelssygehus, som deref- ter - efter en vis liggetid plus hjemsendelse - indkalder patienten igen,

vil denne sidste indlæggelse ikke være en overflytning og heller ikke en henvisning fra den praktiserende læge. Endvidere registreres overflytninger fra en afdeling til en anden på samme sygehus som indlæggelse. Endelig kan muligheden for fejl i det grundliggende materiale ikke udelukkes.

Fra Rigshospitalets "kliniske undersøgelse" kendes for ikke-akut indlagte patienters vedkommende i året 1974/75 3.øn henvisende myndighed, lait blev der fra Fyn og Jylland af ikke-akutte patienter henvist 3.206 til Rigshospitalet. Heraf er 733 overflytninger fra et provinssygehus til Rigshospitalet. Det resterende antal ikke-akutte patienter, 2.473, er i princippet, jfr. ovenfor, patienter henvist af praktiserende læger. D.v.s. for hver sygehushenvist patient er der ifølge denne opgørelse ca. 3,1 patient henvist af praktiserende læge. Den citerede undersøgelse giver imidlertid mulighed for at modificere dette udsagn. Af de 2.473 patienter, der er antaget at være henvist fra praktiserende læge, vides at kun 1.107 patienter var henvist fra praktiserende læge, 732 var henvist eller overflyttede fra Rigshospitalet, mens andre 634 patienter har en anden henvisningsmåde eller ukendt henvisning. Alt i alt kan man således splitte de ca. 3 $\frac{1}{2}$ henvisninger op i: ca. 1 $\frac{1}{2}$ fra den praktiserende læge, ca. 1 som intern overflytning inden for sygehuset og ca. 1 som ukendt/andet. Overføres dette forhold til tallene fra Ringkøbing amtskommune, ses det, at af de oprindelige 5 antagne patienter henvist fra praktiserende læge er kun 2 henvist fra praktiserende læge. 1 $\frac{1}{2}$ repræsenterer intern overflytning på lands- og landsdelssygehuset, mens 1 $\frac{1}{2}$ patient er ukendt/andet.

Med hensyn til ambulante lands- og landsdelsfunktioner angives såvel fra bruger- som yderamtskommuner, at funktionen er betydelig uden at der dog er tilvejebragt tilstrækkeligt talmateriale. En betydelig del af de ambulante ydelser falder på de behandlende afdelinger, men herudover præsterer laboratoriefagene et betydeligt antal ydelser. Det drejer sig dels om røntgenundersøgelser, tilsendte laboratorieundersøgelser og et ikke ubetydeligt antal undersøgelser inden for klinisk fysiologi samt nuclearmedicin.

Kapitel 4. Visitation til lands- og landsdelsfunktionerne.

4.1. Eksisterende Visitationssystem.

Visitation er i relation til sygehusvæsenet udvælgelsen af de patienter, som sygehusvæsenet skal overtage ansvaret for, herunder bestemmelse af tidspunktet herfor og af det sted, som skal overtage ansvaret for patienten.

Sygehusloven indeholder ingen regler om visitationen til sygehus inden for en sygehuskommunes grænser. I relation til visitation til sygehuse uden for en sygehuskommunes grænser tager sygehusloven (§5, stk. 5) udgangspunkt i, at udgifterne ved behandling på en fremmed amtskommunes sygehus udredes af hjemstedsamtskommunen, når denne har samtykket i behandling på det fremmede sygehus (kautionserklæring). I modsat fald kan patienten kun modtages som selvbetalere. Samtykket meddeles normalt efter indstilling fra den relevante sygehusoverlæge af centraladministrationen i hjemstedsamtskommunen. Kravet om samtykke er i nogle tilfælde fravejet, idet det for statens sygehuse og for de statsbetalte afdelinger, herunder de tidligere undervisningssenge i Århus, ikke hidtil har været nødvendigt med sådanne regler, da behandlingen har været gratis, hvorfor alle praktiserende læger har kunnet henvise patienter hertil. I visse tilfælde har der været begrænsninger i henseende til valg af den konkrete afdeling med den ønskede lands- og landsdelsfunktion. Eksempelvis er, øst for Storebælt, ugedagen bestemmende for hvilken neurokirurgisk afdeling, der kan indlægges akut på, men ugedagen bestemmer selvfølgelig ikke, om patienten skal indlægges eller ej. Den endelige afgørelse af, om en konkret indlæggelse skal finde sted, har normalt været tillagt den modtagende afdelings overlæge. Begrundelsen for denne særordning har bl.a. været at sikre, at de statslige sygehuse fik det patientunderlag, som var nødvendigt ikke mindst af hensyn til sygehusenes forsknings- og undervisningsforpligtelser.

Dette betyder i praksis, at den praktiserende læge er centralt placeret i det amtskommunale Visitationssystem, idet det som hovedregel er denne, som udfra patientens almene tilstand og diagnose (og sociale forhold) afgør, om patienten skal indlægges på sygehus, om indlæggelsen skal ske akut, ikke-akut og på hvilket sted indlæggelsen skal ske.

I en sygehuskommune, der ikke råder over lands- og landsdelsfunktioner, vil den praktiserende læge ved en eventuel indlæggelse af en

patient kunne vælge et lokalt sygehus eller et lands- og landsdelssygehus alt afhængig af patientens tilstand og diagnose. I nogle tilfælde vil det være oplagt, at patienten skal indlægges på det lokale sygehus, og i andre tilfælde, at indlæggelsen skal ske på et lands- og landsdelssygehus. Der vil dog være en række tilfælde, hvor det kan være vanskeligt for den praktiserende læge at vælge sygehusniveauet, hvorfor indlæggelsen ofte sker på et lokalt sygehus, som herefter tager stilling til spørgsmålet om visitation (overflytning) til et lands- og landsdelssygehus.

I en sygehuskommune,, der råder over lands- og landsdelsfunktioner, vil det lokale sygehus og lands- og landsdelssygehuset ofte være sammenfaldende, hvorved den praktiserende læge visiterer direkte til lands- og landsdelssygehuset, simpelthen fordi dette også varetager områdets lokalfunktioner.

Bortset fra ovennævnte forhold har det hidtidige Visitationssystem i relation til lands- og landsdelsfunktionerne som hovedregel været kendetegnet ved, at der i praksis kun har været få restriktioner for de praktiserende lægers adgang til at henvise patienter til lands- og landsdelsfunktionerne. Det har bl.a. været en følge af, at hovedparten af lands- og landsdelspatienterne indlagdes på lands- og landsdelsafdelinger, hvis drift betaltes af staten, hvorved behandlingen har været gratis for borgeren og samtskommunen. Af de ialt ca. 741.000 udenamtssygedage i 1974/75 (bilag 1, tabel 1) forbrugtes ca. 700.000 på statsfinansierede sygehusafdelinger (Rigshospitalet, Finsen, de ortopædiske hospitaler, fødselsanstalten, radium- og neuroafdelingerne samt undervisningssengeordningen i Århus). For at sikre, at også visitationen til den ikke-statsbetalte del af sygehusvæsenet blev bestemt af lægelige hensyn, henstillede indenrigsministeriet ved cirkulære-skrivelse nr. 179 af 19. august 1965, at kravet om kautionserklæring "ikke bør føre til, at der stilles krav om, at patienten i alle tilfælde først skal have været indlagt på hjemstedssygehuset. Indenrigsministeriet skal henstille, at kravet om godkendelse for hjemstedssygehuset i mere oplagte tilfælde kun betragtes som en ordensforskrift".

Ved lov om ændring af sygehusvæsenet af 26. juni 1975» § 10, stk. 5, bestemtes det, at betaling (benyttelsesafgift) skal kunne afkræves, uden at der foreligger samtykke fra vedkommende amtskommune til patientens behandling på det statslige sygehus. Betalingsordningen er dog indtil videre gennemført som en benyttelsesafgift, der er uafhængig af

den enkelte amtskommunes løbende forbrug på det statslige sygehus eller statsbetalte afdeling. Indenrigsministeriet har i skrivelse af 3. juli 1975 til samtlige amtsråd med flere forudsat, at der intil videre ikke foretages ændringer i de principper, der hidtil har været lagt til grund for henvisning og behandling af patienter på statens sygehuse.

Det ovenfor omtalte samtykke til udenamtsbehandling (kautionserklæring), har i nogle tilfælde været administreret ved, at indlæggelseseddelen passerede amtskommunens centraladministration, der gav samtykket, og i andre tilfælde ved at indlæggesseddelen passerede den relevante lokale sygehusafdeling. I hvilket omfang der herved generelt set blev foretaget en egentlig (ny-)vurdering af det betimelige i udenamtsbehandlingen er selvfølgelig vanskeligt at vurdere efterfølgende. De senere års stigende udgifter til indlæggelse og behandling af patienter på lands- og landsdelssygehuse har i nogle amtskommuner medført retningslinier, der tyder på, at der tidligere kun i mindre omfang har været tale om en egentlig (ny-)vurdering. Således blev det i 1973-74 pålagt de praktiserende læger i Ringkøbing amtskommune ikke at visitere direkte til udenamtssygehuse bortset fra Rigshospitalet, men at visitationen skulle gå over amtskommunens egne sygehuse, som skulle tage stilling til behandlingen i amtskommunen eller udenfor amtskommunen. Sygehusudvalget i Sønderjyllands amtskommune vedtog i 1975 generelle retningslinier, der gik ud på, at kaution for indlæggelse og behandling på fremmed specialafdeling, normalt alene kan ydes, når tilsvarende behandling ikke kan ske i Sønderjylland. Samtidig skal som hovedregel patienten være kendt af sygehusvæsenet. Endvidere er der i en række amtskommuner intentioner om, at patienterne skal være kendt af og vurderet af det lokale sygehusvæsen, før en behandling på udenamtssygehuse kan finde sted.

En fremtidig ophævelse af gratisprincippet på statens sygehuse og afdelinger samt indførelse af en cirkulærebetaling vil utvivlsomt påvirke de praktiserende lægers adgang til visitation til lands- og landsdelssygehuse, men man må søge at undgå en stramning af visitationen til lands- og landsdelssygehuse til skade for patienterne og de enkelte lands- og landsdelsafdelinger.

En kvantitativ belysning af omfanget af den praktiserende læges og sygehusenes hidtidige visitation til udenamtskommunale lands- og landsdelssygehuse findes ikke. Dog fandt man, jfr. afsnit 3.2 med visse forbehold, at der for Ringkøbing amtskommune for hver sygehusvisiteret

patient var 2 patienter henvist fra praktiserende læge. De overflyttede patienter fordelte sig på:

- 1) specialer og større veldefinerede funktionsområder, som neurokirurgi, hjertekirurgi, klassisk børneortopædi og brandsårsbehandling.
- 2) enkeltdiagnoser inden for de enkelte sygdomsgrupper, og specielt diagnoser behæftet med komplikationer eller komplicerede lidelser f.eks. graviditet hos patienter med svær sukkersyge,
- 3) udviklingsområder, som kan formodes senere at blive alment tilgængelige på de større sygehuse i sygehuskommunerne, som f.eks. indsættelse af totale ledproteser.

Sikkerheden i bedømmelse af nødvendig behandlingsniveau for patienterne ved henholdsvis sygehus- og praksisvisitation fremgår af tabel 4.1. Tabellen er udarbejdet på grundlag af Rigshospitalets kliniske undersøgelse og dækker Fyn og Jylland.. Det ses, at af de sygehushenviste patienter, var der kun ca. 1%, som Rigshospitalets læger anså kunne have været behandlet på amtskommunale sygehuse. Af patienterne henvist af praktiserende læger kunne ca. 9% have klaret sig med behandling på amtskommunal t niveau.

Imidlertid vurderer Rigshospitalets kliniske undersøgelse kun på grundlag af diagnoser og behandling., Der er således ikke taget hensyn til en række personlige og lokalgeografiske faktorer, som kan influere på, om patienten skal behandles lokalt eller henvises til Rigshospitalet. At sådanne faktorer eksisterer og at borgeren må have en mulighed for at søge uden for det lokale system af andre grunde end de rent diagnostiske må anses for rimeligt. Dette 'understreges også af, at af de patienter fra Fyn og Jylland, der blev henvist til indlæggelse på Rigshospitalet fra en Rigshospitalsafdeling, var knap 30% "lokalpatienter".

Tabel 4.1. Antal patienter fra Fyn og Jylland henvist til Rigshospitalet fordelt efter henvisende instans og funktion. 1974/75.

Henvist fra	Lands- og landsdelsfunktion	Lokal-funktion	Ialt	Lokal andel
	(1)	(2)	(3)	(4)=(2)/(3) · 100
Praktiserende læge	1.005	102	1.107	9.2%
Lokalt sygehus	726	7	733	1.0%
Rigshospitalsafdeling	520	212	732	29.0%
Andet/ukendt	614	20	634	3.2%
Ialt	2.865	341	3.206	10.6%

De praktiserende lægers tilsyneladende høje procentvise visitation til overkvalificeret behandlingsniveau må ses i lyset heraf. På den anden side må det tillige overvejes, om den lave procent af henvisninger til overkvalificeret niveau fra sygehusene kan dække over en for lav sikkerhedsmargin, således at sygehusene kan være tilbøjelige til at tilbageholde patienter, som burede videresendes.

4.2. Målsætning for et fremtidigt Visitationssystem.

Selvom det ovenfor omtalte Visitationssystem som hovedregel, bl.a. i kraft af gratisprincippet store omfang, har fungeret nogenlunde tilfredsstillende indtil idag med hensyn til at bringe patienterne til det behandlingssted, som under alle omstændigheder kan diagnosticere og behandle deres sygdom, kan et system af denne art dog meget vel føre til, at patienterne henvises til overkvalificerede enheder, og at en styring kan være vanskelig med henblik på at opnå den bedst mulige udnyttelse af de højt specialiserede ressourcer, ligesom informationen om udviklingsaktiviteter, forskning og kapacitet m.m. kan være lidt tilfældig. Dertil kommer så indflydelsen på visitationen af den påtænkte indførelse af et betalingsprincip for alle lands- og landsdelsfunktioner, således at der skal betales (fuldt eller delvis) for benyttelse af alle lands- og landsdelsfunktionerne. Dette forhold vil specielt berøre de praktiserende lægers visitation til lands- og landsdelsfunktionerne. Det må vist betrag-

tes som en kendsgerning,, at sygehuskommunerne - ved indførelsen af fuld eller delvis betaling for alle lands- og landsdelssfunktioner - i højere grad end hidtil vil søge at sikre sig indflydelse på visitationen til lands- og landsdelssygehusene.

Et Visitationssystem tør efter udvalgets opfattelse generelt set være indrettet således, at

- a) enhver patient, uanset bopæl, får adgang til den bedst mulige behandling, d.,v.s. den med vor nuværende viden efter lidelsen afpasset rigtige og tilstrækkelige behandling - idet det dog skal bemærkes., at behandling på alle niveauer af sundhedsvæsenet generelt set kan være "den bedste",,
- b) patienten behandles på det nærmeste sygehus, som opfylder ovenstående krav, dels af hensyn til patienten selv og dennes pårørende, dels af hensyn til samarbejdet med de praktiserende læger og socialsektoren, herunder sundheds- og hjemmesygeplejen.
- c) de tekniske og personelle ressourcer, der er til rådighed for sundhedsvæsenet, udnyttes med størst mulig effektivitet.

Et Visitationssystem, der tilfredsstiller disse krav kan være vanskelig at opstille. Da visitationen til lands- og landsdelssygehusene må ses i sammenhæng med de lokale (amtskommunale) behandlingsmuligheder, skal udvalget anbefale at søge tilvejebragt lægefagligt underbyggede retningslinier både for den interne amtskommunale visitation og for visitationen til lands- og landsdelssygehus. Ved hjælp af denne visitationsvejledning kan man få en bedre og mere ensartet information af den primære sundhedstjeneste og de lokale sygehusvæsener såvel med hensyn til behandlingsmuligheder og kapacitet i amtskommunen som på lands- og landsdelssygehusene, ligesom et sådant system giver mulighed for, at de forskellige led i systemet bliver underrettet om, hvilke behov for kapacitet, medvirken og kunnen, der findes, såvel rettet fra den primære sundhedstjeneste til det lokale sygehusvæsen og videre til lands- og landsdelssygehusene som i modsat retning. Det må understreges, at effektiv udnyttelse af højt specialiserede enheder ikke lader sig gennemføre, hvis der ikke er viden om de potentielle muligheder, eller forbindelsen tilbage til lokalsygehus, prakticus og sociale sektor fungerer dårligt.

I det følgende søges et muligt Visitationssystem til lands- og landsdelsfunktionerne beskrevet. Der tænkes opstillet visitationsretningsli-

nier, der - i det omfang det er muligt - præciserer lands- og landsdelsfunktionerne. Sn sådan præcisering kunne falde inden for tre grupper: Ben første gruppe indeholder de oplagte klare eller rene landsdelspatienter. Patienter (funktioner) hvorom der - med den nuværende viden og teknik m.m. - ingen tvivl er om, at de er lands- og landsdelspatienter enten af diagnostiske, ~~behandlingsmæssige~~ eller økonomiske grunde. Som eksempel på første tilfælde ~~kan~~ nævnes diagnosticering af blødere (hæmofile) og bærere af bløderegenskaben (konduktorer). Her vil selve diagnosticeringen være en lands- og landsdelsfunktion, mens den løbende "normale" behandling godt - i visse tilfælde - kan foretages af patienten selv i samarbejde med praktiserende læge og lands- og landsdelssygehuset. Som eksempel på andet tilfælde (behandling) kan nævnes neurokirurgiske patienter og brandsårpatienter, mens tredje tilfælde (økonomi) til en vis grad kan eksemplificeres ved Radiumstationerne. Fælles er altså, at man inden for denne gruppe med en rimelig grad af sikkerhed kan udskille patienterne som rene lands- eller landsdelspatienter.

Den anden gruppe af patienter diagnosticeret og/eller behandlet på lands- og landsdelssygehus rummer patientkategorier, som det vil være rimeligt at kræve undersøgt i en periode på nærmere angiven afdeling på lands- og landsdelssygehus af hensyn til udviklingsområder, revaluering af vanlig behandlingspraksis og forskning.

Tredie gruppe af lands- og landsdelspatienter er karakteriseret ved at være en restgruppe, d.v.s. at man ikke ud fra en diagnosebetegnelse på forhånd kan sige, om denne patient (diagnose) er en lands- og landsdelspatient, men at man efterfølgende har måttet erkende, at den givne patient burde diagnosticeres/behandles på et lands- og landsdelssygehus. Det kan være tilfælde, der f.eks. er vanskelige at diagnosticere eller visse patienter, der skal reopereres. Herunder skal også medregnes "ankepatienter", d.v.s. patienter der ønsker at søge uden for det lokale system af andre grunde end de rent diagnostiske eller behandlingsmæssige.

Til at foretage og ajourføre denne tredeling foreslås nedsat et landsdækkende rådgivende planlægnings- og visitationsudvalg med repræsentanter fra brugerne, yderne (sygehuskommunerne), fakulteterne, sundhedsstyrelse og indenrigsministerium. Dette udvalg skal udover denne opgave opstille generelle retningslinier for visitationen til lands- og landsdelssygehusene herunder retningslinier for fastsættelse af og fordeling af kapacitet for lands- og landsdelsfunktionerne. Herved skulle

det på grundlag af lægefaglige kriterier være muligt at opnå, at et tilstrækkeligt antal patienter visiteres til lands» og landsdelsfunktionerne til sikring af patienternes optimale behandling og disse afdelingers optimale funktion samt at opnå, at der ikke på grundlag af økonomisk fordelagtige lands- og landsdelsordninger undlades en påkrævet udbygning af lokale sygehusvæsener eller foretages udbygning på områder, som mere rationelt dækkes af ~~lands-~~ eller landsdelssygehusene. Til støtte for dette planlægnings- og visitationsudvalg foreslås nedsat en række permanente og ad hoc underudvalg, således at den egentlige faglige repræsentation findes i underudvalg (f.eks. det medicinske underudvalg, det kirurgiske underudvalg o.s.v.), der inden for deres område opstiller visitationsretningslinier o.s.v. Det rådgivende planlægnings- og visitationsudvalgs opgave bliver da at koordinere de enkelte underudvalgs tidrag, at igangsætte permanente eller ad hoc underudvalg, således at udvalgets rådgivning over for brugerne og de centrale myndigheder bliver ødst mulig. Som eksempel på "eksisterende underudvalg" kan nævnes dialyseudvalget og arbejdsgruppen vedrørende forebyggende livmoderkræftundersøgelser. Som eksempel på mulige ad hoc udvalg kan nævnes: "underudvalg om hjertekirurgi", "underudvalg om hæmofile", "underudvalg om onkologi". Endvidere bør det rådgivende planlægnings- og visitationsudvalg have til opgave løbende at analysere den faktiske visitation til lands- og landsdelsfunktionerne, hvorved man kan vurdere om den til enhver tid gældende visitationspraksis fører til en - udfra såvel patient- som ressource-mæssige hensyn - optimal udnyttelse af den forhåndenværende kapacitet og faglige ekspertise.

Kommunikationen imellem det landsdækkende planlægnings- og visitationsudvalg og de enkelte sygehuskommuner er af vital betydning. Af hensyn til den lokale visitationstilrettelæggelse er det vigtigt at vide hvilke tilbud, der findes. Under hensyntagen til det tidligere omtalte forhold, at sygehuskommunerne i højere grad end hidtil vil søge at sikre sig indflydelse på visitationen til lands- og landsdelssygehusene, skal udvalget anbefale, at de praktiserende læger visiterer direkte til lands- og landsdelssygehusene i henseende til de oplagte lands- og landsdelspatienter. Når man imidlertid betænker, at der ialt kun har været forbrugt 0,5 senge pr. 1,000 indbyggere til lands- og landsdelsfunktionerne, og at man overlader visitationen til praktiserende læger, må man gøre sig klart, at der må administreres restriktivt. Derfor kan det i tvivlstil-

fælde være praktisk, at patienter henvises til vurdering på det lokale sygehus, der herefter afgør spørgsmålet om en eventuel videre visitation. Såfremt man ved etablering af Visitationsregler i den enkelte sygehuskommune opnår, at de praktiserende læger har et detaljeret overblik over de lokale tilbud sammenlignet med lands- og landsdelstilbudene, kan man i midlertid godt lokalt lade disse visitere direkte.

Som følge af, at de ovenfor omtalte visitationsvejledninger endnu ikke er udarbejdet, vil der i en overgangsperiode være behov for specielle regler i henseende til visitation til lands- og landsdelsfunktionerne. Udvalget skal her anbefale, at sygehuskommunerne lader status quo fortsætte indtil visitationsvejledningerne er udarbejdede, d.v.s. opretholder sædvanlige indlæggelsesområder, omfang og praksis, herunder også fri visitation for de praktiserende læger inden for de områder (statsbetalte afdelinger og sygehuse) hvortil der hidtil har været fri visitation.

I henseende til spørgsmålet, om en given lands- og landsdelspatient forinden indlæggelse på lands- og landsdelssygehus skal have været igennem en række undersøgelser (koordineret forundersøgelse) eller skal passe et visiterende forundersøgelsesambulatorium, kan det være vanskeligt at sige noget præcis. I tilfælde af, at den gennemsnitlige liggetid kan nedbringes ved gennemførelse af koordinerede forundersøgelser, bør disse naturligvis foretages, men da i samarbejde med lands- og landsdelssygehuset for at sikre, at der foretages de nødvendige - og kun de nødvendige - undersøgelser. Det vil i disse tilfælde ofte være det lokale sygehusvæsen, der foretager disse undersøgelser og dermed er med inde i visitationen af patienterne. Et egentligt visiterende forundersøgelsesambulatorium lokaliseret på lands- og landsdelssygehuset kan volde problemer i praksis for patienter fra brugeramtskommunerne. På grund af den relativ lange afstand fra en brugeramtsskommune til et lands- og landsdelssygehus vil det være en fordel, at det lokale sygehusvæsen forestår - i samarbejde med lands- og landsdelssygehuset - så stor en del af den visiterende funktion som vel mulig. I de tilfælde, hvor det er diagnosticeringen eller de nødvendige undersøgelser, der volder problemer, vil det naturligvis være nødvendig med en direkte kontakt til lands- og landsdelssygehuset, som da i så stor udstrækning¹ som mulig bør foretrække ambulant behandling frem for indlæggelse. Af hensyn til patienterne og økonomien bør det tilstræbes, at der ikke alene er et samarbejde imellem lands- og landsdelssygehuse og de lokale sygehuse/praktiserende læger med hensyn til visitation

til lands- og landsdelssygehusene, men også om visitationen fra disse, d.v.s. hele behandlingsforløbet incl. efterbehandlingen skal koordineres.

I de sygehuskommuner, hvori der ligger lands- og landsdelssygehusene, vil den interne amtskommunale visitation og visitationen til de lokale lands- og landsdelsafdelinger falde sammen, da det vil være umuligt at adskille den ene form for visitation fra den anden.

Det er vigtigt at understrege, at det foreslåede landsdækkende udvalg skal afstikke nogle generelle retningslinier inden, for hvilke den "daglige" visitation finder sted. Men dette stiller store krav til den lokale visitation. Det foreslås derfor, at der i sygehuskommunerne udarbejdes visitationsretningslinier, der er tilpasset lokale geografiske og lægelige forhold. I dette arbejde bør de praktiserende læger inddrages, da det i høj grad er disse, som dagligt skal administrere systemet - i hvert fald i første led.

Som et konkret eksempel, på hvordan man kunne tænke sig samspillet imellem de praktiserende læger, de lokale sygehuse og lands- og landsdelssygehusene praktiseret, kan nævnes den i "ambulancebetænkningen" (betænkning nr. 766, 1976) skitserede plan for akut syge og tilskadekomne. Det anbefales heri, at amtskommunens (og landsdelens) samlede behandlings- og transportmuligheder for akut syge og tilskadekomne samordnes under en af amtsrådet vedtagen plan. Denne plan bør tage sigte på at sikre den enkelte patient en hurtig, livsbevarende indsats såvel før som under transporten, samt at sikre at patienten når det optimale sted i behandlingssystemet under hensyntagen til hans tilstand. Som komponenter i denne plan skelnes der imellem tre behandlingssteder: åstedet, det foreløbige behandlingssted og det endelige behandlingssted. Disse begreber er fleksible, hvorved menes, at f.eks. den praktiserende læges konsultationssted i relation til nogle diagnoser vil være det endelige behandlingssted, i relation til andre diagnoser det foreløbige behandlingssted. Ligeledes vil det enkelte sygehus i amtskommunen i relation til nogle diagnoser være foreløbigt behandlingssted, f.eks. neurokirurgiske diagnoser og i relation til andre diagnoser det endelige behandlingssted. Ved således at gennemgå den enkelte amtskommune vil det i princippet være muligt at opstille en samlet plan, der sikrer den ovenfor nævnte målsætning. I relation til lands- og landsdelsfunktionerne vil de enkelte amtskommuner som hovedregel være at betragte som et foreløbigt behandlingssted, således at lands- og landsdelssygehusene bliver

det endelige behandlingssted. Det vil da være nødvendigt at lave en samlet landsdækkende plan, der i lighed med de enkelte amtskommuners plan, koordinerer de endelige behandlingssteder indbyrdes og i relation til de enkelte amtskommuner. Denne plan vil mest hensigtsmæssigt kunne opstilles af det foreslåede landsdækkende planlægnings- og visitationsudvalg.

Fox visitationen fra Færøerne og Grønland må specielle regler fastsættes. Herunder må det overvejes, om de speciallægeundersøgelser, som udføres af rejsende specialister i sommermånederne, ikke i højere grad kunne følges op af behandling af befolkningen på de lokale sygehuse eller sygehuset i Godthåb og Thorshavn under medvirken af specialister, som for en periode udsendes for at behandle disse patienter i samarbejde med de lokale læger. Formålet skulle være, at kun et mindre antal patienter fik behov for overførelse til sygehuse i Danmark, mens størstedelen kunne behandles i deres normale miljø og sprogområde. Dette sidste punkt vil det være rimeligt at tage op i samarbejde med repræsentanter for Grønland og Færøerne, fra grønlandsministeriet samt det landsdækkende planlægnings- og visitationsudvalg.

4.3. Det rådgivende planlægnings- og visitationsudvalg.

Planlægnings- og visitationsudvalgets opgaver kan sammenfattes som følger:

- en løbende analyse af de lægefaglige områder, der aktuelt henregnes til lands- og landsdelsfunktionerne, herunder en løbende analyse af den aktuelle visitation til lands- og landsdelsfunktionerne.
- en løbende justering af de lægefaglige områder, der bør henregnes til lands- og landsdelsfunktionerne, samt af visitationssystemet.
- at opstille vejledende retningslinier for visitationen til lands- og landsdelsfunktionerne med udgangspunkt i den på side 40 skitserede opdeling.
- at fremkomme med forslag til lands- og landsdelsfunktionernes ind- og/eller omplacering i det samlede sygehusvæsen,
- at foretage en prioritering og koordinering af nuværende og kommende lands- og landsdelsfunktioner.
- at administrere den i kapitel 5 anbefalede puljeordning.

Planlægnings- og visitationsudvalget skal nedsætte faglige underudvalg til belysning af lægefaglige spørgsmål. Det vil være et rådgivende udvalg over for sygehuskommunerne og de centrale myndigheder. Ifølge de vejledende retningslinier for planlægningen af sygehusvæsenets fremtidige udbygning, der blev udsendt med indenrigsministeriets cirkulære af 8. juni 1971, bør de enkelte sygehuskommuner fastlægge efter hvilke retningslinier patienterne skal visiteres, såvel indenamts som til lands- og landsdelsfunktionerne. Af hensyn til den lokale visitationstilrettelæggelse er det vigtigt at vide hvilke tilbud, der findes på lands- og landsdelsplan. Dette behov forstærkes ved gennemførelsen af en generel cirkulærebetalingsordning. Det er således vigtigt, at planlægnings- og visitationsudvalget hurtigt får afstukket nogle generelle retningslinier, inden for hvilke den daglige visitation finder sted. Ligesom det er vigtigt, at sygehuskommunernes arbejde med de lokale visitationsretningslinier intensiveres.

Planlægnings- og visitationsudvalget bør, som tidligere omtalt, bestå af repræsentanter for sygehuskommunerne, herunder Rigshospitalet, fakulteterne, indenrigsministeriet og sundhedsstyrelsen, og det skal rådgive sygehuskommunerne og de centrale myndigheder med henblik på en rationel og landsdækkende planlægning. Således som systemet idag er opbygget, har sundhedsstyrelsen denne rådgivende funktion. Men sundhedsstyrelsen råder ikke over den nødvendige ekspertise på alle områder, ligesom denne rådgivning i mange tilfælde vil være af mindre bindende karakter, allere-de fordi denne rådgivning ikke gives under ét til de relevante sygehuskom-muner og i samarbejde med de relevante sygehuskommuner under ét.

Med henblik på at sikre at planlægnings- og¹ visitationsudvalget får koordineret, styret og fulgt de forskellige aktiviteter op skal nærværende udvalg anbefale, at der oprettes et sekretariat, der placeres i sundhedsstyrelsens regi, og at dette ledes af en læge.

Blandt de arbejdsopgaver, der allerede nu trænger sig på, kan nævnes følgende:

- opstilling af vejledende retningslinier for visitationen til lands- og landsdelsfunktionerne,
- opstilling af en samlet skade- og akutmodtagelsesplan for lands- og landsdelsfunktionerne,
- coronarkirurgiens fremtidige indplacering i sygehusvæsenet,
- hæmofiliens fremtidige indplacering i sygehusvæsenet,

- onkologiens, incl. brystkræft, fremtidige indplacering i sygehusvæsenet,
- allergologiens fremtidige indplacering i sygehusvæsenet.

De ovenfor nævnte problemer, hvis løsning er påkrævet, kunne organisationsmæssigt tænkes løst efter følgende model: Inden for område XYZ har der vist sig et behov for at ændre det eksisterende behandlingssystem eller at tage nye funktioner op. Det landsdækkende planlægnings- og visitationsudvalg beslutter - efter at have fået forelagt et oplæg fra sekretariatet - at nedsætte et underudvalg om XYZ. Udvalget får f.eks. til opgave

at redegøre for XYZ-problemets omfang,

at redegøre for diagnosticering og behandling af XYZ, herunder fremkomme med forslag til organisationen af diagnosticering¹ og behandling, såvel i funktionel som geografisk henseende, samt komplementære og/eller konkurrerende behandlingsmodeller,

at redegøre for de økonomiske konsekvenser, der er forbundet med udvalgets forslag, herunder også de økonomiske konsekvenser af status quo.

Nærværende udvalg skal foreslå, at der hurtigt nedsættes et visitationsunderudvalg, der får til opgave at fremkomme med visitationsretningslinier for lands- og landsdelsfunktionerne. Endvidere kan man anbefale nedsat underudvalg om coronarkirurgi, hæmofili, onkologi, allergologi, skade- og akutmodtagelse, således at det grundlæggende faglige udredningsarbejde ikke afventer nedsættelsen af planlægnings- og visitationsudvalget.

Kapitel 5. Økonomiske forhold herunder en pulje til specialopgaver.

5.1. Generelt betalingssystem.

Udvalget er efter kommissoriet pålagt at gennemdrøfte de økonomiske problemer, der er forbundet med drift af landsdelsspecialafdelinger og fremkommet med eventuelle forslag til, hvorledes de økonomiske byrder mest rimeligt kan fordeles. Det den 8. december 1975 nedsatte Rigshospitalsudvalg er ligeledes blevet pålagt at fremsætte forslag om de økonomiske relationer imellem staten og sygehuskommunerne efter den 1. januar 1978, herunder:

- a. betaling for benyttelse af statslige sygehuse
- b. eventuel afvikling af de nuværende tilskud til neuroafdelinger, radiumstationer, nyretransplantation og dialyse m.v.
- c. eventuelt generelt statstilskud til benyttelse af landsdelsfunktioner på fremmede sygehuse.

Derudover skal Rigshospitalsudvalget drøfte de økonomiske relationer sygehuskommunerne imellem for såvidt angår landsdelsfunktionerne. Et underudvalg, betalingsordningsudvalget, har behandlet ovennævnte spørgsmål. Betalingsordningsudvalgets rapport er optaget i Rigshospitalsudvalgets betænkningssudkast som kapitel 9» 10 og 11. Disse kapitler er samtidig tilstillet lands- og landsdelsudvalget,,

Hovedidéen i det foreslåede betalingssystem er fastsættelse af cirkulærebetalning som generelt princip, d.v.s. at der fremover skal betales for al udenamtsbehandling til en pris, der svarer til omkostningerne.

Nærværende udvalg finder grund til at fremhæve, at selvom der under det nuværende betalingssystem opereres med cirkulærebetalning og selvom problemerne i henseende til patientvisitationen ikke har været dominerende, allerede fordi kun ca. *jfo* af udenamts sygedagene har været dækket af cirkulærebetalingsprincippet, vil en udstrækning af cirkulærebetalingsprincippet til samtlig udenamtsbehandling kunne medføre uheldige konsekvenser for patientvisitationen til lands- og landsdelsfunktionerne. Inden for de sidste par år har der fundet en vis stramning sted i visitationen til lands- og landsdelsfunktionerne. En øgning af desne tendens vil være uheldig. Udvalget skal fremhæve, at styringen af tilgangen til lands- og landsdelsfunktionerne må hvile på visitationen, og at det økonomiske system ikke må ødelægge visitationen. Visitations- og betalingssystemet må tilsammen udgøre det fælles styrende element.

I henseende til finansieringen af den fremtidige udbygning af lands- og landsdelsfunktionerne skal nærværende udvalg pege på, at udbygningen af lands- og landsdelsfunktionerne kan hæmmes, hvis investeringerne skal finansieres via de amtskommunale skatter. Med henblik på at undgå dette skal man anbefale, at der gives tilladelse til en lånefinansiering af de nødvendige investeringer eller alternativt at den foreslåede pulje, jfr. nedenfor, udvides, således at der kan ydes tilskud fra denne.

5.2. Pulje til specialopgaver.

Det indgår som en del af det foreslåede betalingssystem, at cirkulærebetalingen suppleres med oprettelse af en pulje. Der synes at være et klart behov for en pulje, hvoraf der kan ydes tilskud til udviklingen af nye funktioner og vurdering af metoder m.m.

Ved udvikling forstås her ikke forskning, men omsætning af forskningsresultater til praksis. Som hovedregel vil omsætningen af udenlandske eller indenlandske forskningsresultater være en rolig, fremadskridende proces. Men i nogle tilfælde kan der opstå problemer. Eksempelvis kan en hurtig, videnskabelig udvikling på et område, hvor der er et udækket behov, skabe en stor offentlig interesse. Kombineres dette med en fortsat **hastig** udvikling inden for området, hvor behandlingen er kompliceret og omkostningskrævende og konsekvenserne svære at overskue, vil der opstå et behov for at søge udvidelsen i behandlingskapaciteten afstemt efter forskningsresultaterne og uddannelsen af kvalificeret personale samt økonomiske forhold iøvrigt. Et middel til at opnå en kontrolleret udbygning af behandlingsformerne og uddannelsen af personale opnås bedst ved et midlertidigt tilskud fra den omhandlede pulje, hvilket bl.a. kan indebære forudgående drøftelser om en hensigtsmæssig udbygning imellem de implicerede sygehuskommuner og den lægelige sagkundskab, jfr. også senere. Som eksempel på en sådan udvikling kan nævnes dialyse- og nyretransplantationsbehandling (historisk eksempel på pulje) samt hjertekirurgi. Disse eksempler er der redegjort for i bilag 3.

De oven for omtalte områder kan karakteriseres som områder, hvor udviklingen - groft taget - ikke kan stoppes, men nok styres. I andre tilfælde kan problemet være at få startet en udvikling, d.v.s. at få omsat forskningsresultater **til** praksis. Der vil her ofte være tale om

områder, hvor virkningen af den umiddelbare indsats først viser sig over en årrække, ligesom resultatet af en enkelt sygehuskomrunes indsats kommer alle sygehuskommuner til gode og ikke kun den sygehuskommune, der begyndte. Der kan her være behov for i en kortere årrække at give tilskud - som starthjælp. Som eksempel herpå kan nævnes diagnostik på fostre, tidlig opsporing af patienter med stofskiftesygdomme og genetisk rådgivning (forebyggelse). Disse eksempler er der nærmere redegjort for i bilag 3.

I forbindelse med nye og/eller traditionelle former for sygehusmæssig indsats opstår der løbende behov for en samlet vurdering af denne indsats. Det kan være et behov for at sikre en ensartet opgørelsesmåde, hvor man får en hurtig registrering af behandlingsprogrammets effekt med direkte tilbagekobling til den enkelte patient. Endvidere vil behandlingspraksis ofte variere mere mellem sygehuskommunerne end i den enkelte sygehuskommune, således at en ekstern sygehuskommunal sammenligning og vurdering er at foretrække frem for en intern vurdering. Alt i alt kan der være behov for støtte til sådanne projekter fra en pulje, jfr. også den igangværende indsats vedrørende livmoderhalskræft og brystkræft.

Under vurdering skal også fremhæves muligheden for en samlet vurdering af behovet for ekstremt dyrt apparatur, herunder placeringen af dette og uddannelse af personale. Som eksempel herpå kan nævnes CAT-scannere, der omtales nærmere i bilag 3.

Som et sidste eksempel på anvendelse af den foreslåede pulje skal man pege på den eksisterende tilskudsordning på dialyse- og transplantationsområdet. Det er sundhedsstyrelsens opfattelse, at den eksisterende ordning teknisk set bør videreføres med visse korrektioner et stykke tid endnu, således at der bliver tale om amtskommunale tilskud i stedet for statstilskud efter afviklingen af de statslige forpligtelser.

Den oven for skitserede pulje bør finansieres ved den statsbesparelse, der ellers skulle fordeles efter generelle tilskud. Da der således er tale om amtskommunale penge, bør puljen administreres af et organ, hvori sygehuskommunerne er repræsenteret. Det overordnede planlægnings- og visitationsudvalg skal her anbefales, jfr. også kapitel 4» hvorved man også vil have mulighed for at få en sagkyndig vurdering af de givne projekter. Af hensyn til den lettest mulige administration af puljen skal udvalget pege på, at denne opbygges som et fond.

Efter udvalgets opfattelse skal tilskuddene kun ydes i et begræn-

set antal år, ligesom der kun skal ydes tilskud til projekter, der opfylder de ovenfor skitserede krav. På basis af dette kan den årlige indbetaling til puljen (fonden) skønsmæssigt ansættes til min. 50 mill. kr. i 1976/77-prisniveau. Heraf vil ca. 22 mill. kr. (1976/77-prisniveau) de første år gå til dialyse- og transplantationstilskud, mens resten vil kunne anvendes til projekter, som skitseret ovenfor og under 2. Det skal dog understreges, at der ikke herved er taget stilling til de omhandlede eksempler.

Tilskuddene bør gives efter samme principper som tilskuddet til dialyse og nyretransplantation. D.v.s. at tilskuddene bør ydes enten til delvis dækning af særligt omkostningskrævende udstyr eller lægemidler (dialysekonsoller, faktor VIII-koncentrat) eller som et bestemt beløb pr. ydelse (dialyse, operation o.lign.). Erfaringen med nyretilskuddet viser, at sådanne tilskud er lette at administrere.

København, den 13. januar 1977

Søren K. Sørensen (formand)	Niels Kvisselgård
Mogens Andreassen	G. A. Lustrup
Jørgen Christiansen	C. M. Madsen
N. Hammer -Jespersen	N. Vintner Møller
J. Skotte Hansen	Jens M. Nielsen
P. Stengaard Hansen	Knud Nielsen
Bent Harvald	Preben Ollendorff
Viggo Hauch (observatør)	Johannes Qwist
Eugene Ibsen	Niels Rossing
Palle Juul-Jensen	Francis Zachariae
H. Kjær	

/ M. Ibsen
N. Stephensen
Fl. Nielsen

(sekretariatet)

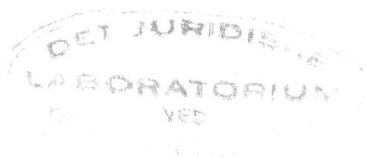
Undertegnede må gennem særudtalelse påpege betydningen af, at det landsdækkende rådgivende planlægnings- og visitationsudvalg får en repræsentant fra hver af de 3 lægevidenskabelige fakulteter, idet udvalget - med de opgaver der foreslåes henlagt til dette - gennem sin funktion vil få afgørende betydning for fakulteternes kliniske forskning og undervisning.

Francis Zachariae

Palle Juul-Jensen

C. M. Madsen

x) For yderligere udtalelse se side 79



Bilag 1. En kvantitativ belysning af lands- og landsfunktionerne.

Ud fra den i afsnit 3.2 angivne definition af lands- og landsdelspatienten er det muligt at få et skøn over lands- og landsdelsfunktionerne ved at se på antallet af udenamtspatienter indlagt på lands- og landsdelssygehuse.

I tabel 1 er angivet antallet af sygedage på "fremmede" sygehuse (potentielle lands- og landsdelssygehuse) for de enkelte sygehuskommuner. Variationen i udenamtssygedage pr. 1.000 indbyggere er betydelig: fra 8 til 355. Denne variation er bl.a. betinget af den "kvalitative" udbygning i den enkelte sygehuskommune (d.v.s. om der er tale om en lands- eller landsdelssygehuskommune eller ikke), af den "kvantitative" udbygning i den enkelte sygehuskommune (d.v.s. om en sygehuskommune stiller "amtssenge" til rådighed for en anden), af afstanden til lands- og landsdels sygehuse m.m. Med henblik på at søge at eliminere disse faktorer er Ringkøbing -, Viborg -, Vestsjællands - og Storstrøms amtskommuner udvalgt som indikatoramtskommuner. De fire amtskommuner er karakteriseret ved ikke at råde over lands- og landsdelsfunktioner, ved at de ligger i en vis afstand fra lands- og landsdelssygehuse, således at antallet af amtspatienter indlagt på lands- og landsdelssygehuse kan antages at være minimalt, ved nogenlunde samme befolkningstal (hver ca. 250.000 indbyggere) og ved at de hver for sig har to relativt store sygehuse.

I tabel 2 er det totale udenamts sygedagsforbrug pr. 1.000 indbyggere for de fire amtskommuner angivet. Variationen ligger her fra 118 til 165 sygedage pr. 1.000 indbyggere. Gennemsnitlig er der tale om 142 sygedage, som omregnet til senge pr. 1.000 indbyggere giver 0.45 senge til lands- og landsdelsfunktionerne.

Tabel 2. Udvalgte amtskommuners indlæggelser på sygehuse uden for amtskommunerne 1974/75

	Rigs- hospi- talet	andre uden- amts- syge- huse	syge- dage på fremme- de syge- huse ialt	Befolk. per 1/1-74	syged. ialt per 1000 indb.	senge per 1000 indb.
- s y g e d a g e -						
Ringkøbing amtskommune	3.187	26.428	29.615	250.368	118	0.37
Viborg amtskommune	3.326	30.867	34.193	224.614	152	0.48
ialt	6.513	57.295	63.808	474.982	134	0.42
Vestsjællands amtskommune	30.999	12.855	43.854	266.582	165	0.52
Storstrøms amtskommune	23.388	10.878	34.266	255.350	134	0.42
ialt	54.387	23.733	78.120	521.932	150	0.47
TOTAL	60.900	81.028	141.928	996.914	142	0.45

Vestsjællands- og Storstrøms amtskommuner indlægger stort set kun lands- og landsdelspatienter på Rigshospitalet, samt Finsen og Ortopædisk Hospital. Ringkøbing- og Viborg amtskommuner indlægger lands- og landsdelspatienter på århusianske sygehuse (Århus KH og amtssygehuset, Ortopædisk Hospital, Marselisborg og Fødselsanstalten :L Jylland), men også på Rigshospitalet, nemlig ca. 10% af udenamtssygedagene.

Sengebehovet for landsfunktioner kan være vanskelig at beregne. Men med udgangspunkt i definitionen i afsnit 3.2 kan der skønnes over forbruget. De jyske amtskommuner "benytter hovedsagelig, jfr. tabel 1, Odense, Ålborg og århusianske sygehuse i henseende til lands- og landsdelsfunktioner. Tager man de jyske amtskommuners - bortset fra de jyske lands- og landsdelssygehuskommuner - forbrug på Rigshospitalet som et udtryk for landsfunktion, kan antal senge pr. 1.000 indbyggere til landsfunktion beregnes. Herved når man frem til 0.06 senge pr. 1.000 indbyggere, jfr. også tabel 3.

Tabel 3. Udvalgte amtskommuners indlæggelse på Rigshospitalet.
1974/75.

	Sengedage på Rigs- hospitalet	Befolkn. per 1/1-74	Sygedage per 1000 indb.	Senge per 1000 indb.
Udvalgte syge- huskommuner x)	23.213	1.236.172	19	0.06

x 1) Sønderjyllands, Ribe-, Vejle-, Ringkøbing- og Viborg amtskommuner.

Under hensyntagen til den usikkerhed beregninger af denne art, ifølge sagens natur er forbundne med, skal udvalget tillade sig skønsmæssigt at forhøje de fundne tal med 10%, således at udvalget skønsmæssigt anslår lands- og landsdelsbehovet til 0.5 senge pr. 1.000 indbyggere eller ialt 2.500 lands- og landsdelssenge. Heraf udgør landsfunktionerne 0.07 senge pr. 1.000 indbyggere eller ialt 550 senge.

Tabel 1

<u>Tabel 1.</u>	Ålborg sygehus	Odense sygehus	Århusi- anske sygehuse (1)	Rigs- hospi- talet	Finsen- insti- tutet (2)
Frederiksborg amtskom.		39	-	51.904	5.302
Roskilde amtskommune		30	-	24.700	2.979
Vestsjællands amtskommune		60	-	30.999	8.073
Storstrøms amtskommune			-	23.388	7.567
Bornholms amtskommune		16	-	10.086	1.727
Sønderjyllands amtskommune		17.704	5.250	4.868	902
Ribe amtskommune		8.320	9.439	5.516	636
Vejle amtskommune		8.681	25.624	6.316	403
Ringkøbing amtskommune	128	399	25.667	3.187	234
Viborg amtskommune	1.778	35	28.925	3.326	129
Københavns kommune		2		163.536	19.015
Frederiksberg kommune				15.766	2.628
Københavns amtskommune		98		73.608	10.525
Fyns amtskommune			1.270	3.204	129
Århus amtskommune	133	172		3.841	449
Nordjyllands amtskommune		409	26.059	7.950	278
"Rest"		118	6.115	14.835	2.255

1) Omfatter Århus KH, Århus amtssygehus, OHÅ, Marselisborg og fødselsanstalten i Jylland.

2) 1973/74 tal.

3) Omfatter Bispebjerg hospital og kommunehospitalet. Der foreligger kun tal for de gensidige indlæggelser i hovedstadsområdet. Indlæggelser fra Københavns amtskommune og Frederiksberg er ikke medregnet, da de overvejende må antages at skyldes overenskomster o.l., d.v.s. at de ikke vedrører landsdelspatienter.

OHK (2)	København- kommunes sygehuse (3)	København- amtskom- munes sygehuse (4)	Total	Befolk- ningstal 1/1-74	Lands- dels- sygedage pr. 1000 indbyg.	Senge pr. 1000 (319 sygedage pr. seng pr. år). (5)
3.900	830	1.052	63.027	290.397	217	0,68
3.700	288	3.091	34.788	176.984	197	0,62
2.900		1.822	43.054	266.582	165	0,52
1.700		1.602	34.266	255.350	134	0,42
1.000			12.829	47.051	273	0,86
-			28.724	242.777	118	0,37
-			23.911	203.103	118	0,37
-			41.024	315.310	130	0,41
-			29.615	250.368	118	0,37
-			34.193	224.614	152	0,48
22.000			204.553	576.030	355	1,11
2.000			20.394	95.821	213	0,67
15.100			99.331	627.208	158	0,50
-			4.603	443.134	10	0,03
-			4.595	555.393	8	0,03
-			34.696	466.169	74	0,23
3.314						

- 4) Omfatter Glostrup og Gentofte amtssygehuse. Indlæggelser fra København og Frederiksberg kommuner er ikke medregnet, da de overvejende må antages at skyldes overenskomster o.l., d.v.s. at de ikke vedrører landsdelspatienter. Tallene for Vestsjællands og Storstrøms amtskommuner vedrører kun statsafdelingerne i Glostrup.

Udvalget vedr. lands- og
landsdelsfunktioner.

Den 15. december 1975.

Direktør H. Kjær, Nordjyllands amtskommune
Overlæge N. Kvisselgaard, Nordjyllands amtskommune
Amtssygehusinspektør N. Vinther Møller, Århus amtskommune
Overlæge, dr. med. P. Juul-Jensen, Århus amtskommune
Forvaltningschef K. Nielsen, Odense amtskommune
Overlæge, dr. med. CM. Madsen, Odense amtskommune
Professor, dr. med. B. Harvald, Odense amtskommune
Direktør P. Stengaard Hansen, Københavns kommune
Professor, dr. med. F. Zachariae, Københavns kommune
Amtsrådsmedlem J. Skotte Hansen, Københavns amtskommune
Professor, dr. med. M. Andreassen, Rigshospitalet

På 2. møde i lands- og landsdelsudvalget blev det besluttet at høre lands- og landsdelssygehusene med hensyn til disses syn på lands- og landsdelsfunktionerne, kapacitet m.m. Man enedes samtidig om en uformel høring, hvilket var ensbetydende med, at lands- og landsdelsudvalgets egne medlemmer fra de pågældende sygehuse selv skulle lave oversigten evt. i samarbejde med andre inden for sygehusvæsenet.

Som forslag til vejledning i spørgsmålet om, hvad en sådan oversigt kan indeholde, har sekretariatet lavet medfølgende "checkliste", der alene er tænkt som et muligt udgangspunkt for overvejelserne.

For fuldstændighederis skyld skal man gentage det allerede i udvalget flere gange understregede, at lands- og landsdelsfunktionerne ikke nødvendigvis er lig med specialer, at lands- og landsdelsfunktioner ikke nødvendigvis er både undersøgelse og behandling, men i visse tilfælde alene den ene faktor, og at en stor del af lands- og landsdelspatienterne indlægges på "brede" afdelinger.

Der blev ikke i udvalget aftalt nogen tidsfrist for besvarelserne, men det må formodes, at der er en interesse i at høringen fuldendes relativt hurtigt, hvorfor man skal henstille at besvarelsen fremsendes inden 1. februar 1976.

Med venlig hilsen

Til brugerkommunerne.

- 1) Hvilke patienter inden for de enkelte specialer videresender sygehusene til behandling uden for amtskommunen (til lands- og landsdelspecialiserede afdelinger - afdelingstype)?
- 2) Hvorhen sendes de enkelte patientgrupper (Odense, Århus o.s.v.)?
- 3) Om muligt bedes angivet størrelsen af de grupper som videresendes.
- 4) Er der nogle af de videresendte patienter, som man, efter initial undersøgelse og/eller igangsættelse af behandling på lands- eller landsdelsafdelinger, atter modtager til viderebehandling på amtskommunens sygehuse?
- 5) Er der nogle patienter, ~~man~~ mener at kunne modtage til viderebehandling udover de i punkt 4 nævnte?
- 6) Er der behov for yderligere oprettelse af specialafdelinger eller specialfunktioner inden for amtskommunen med henblik på selv at behandle de patienter, som nu videresendes til lands- og landsdelsafdelinger. I givet fald hvilke funktioner ville man da ønske som nr. 1, 2 og 3. Om muligt bedes begrundelse for rækkefølgen angivet.
- 7) Foregår der en væsentlig visitation direkte fra praktiserende læger til lands- og landsdelsafdelinger. I givet fald er det da de samme afdelinger, som sygehusene henviser til. Om muligt bedes omfanget af denne visitation anført.

Checkliste.

Hvilke landsfunktioner findes i sygehusvæsenet?

Hvilke landsdelsfunktioner findes i sygehusvæsenet?

Hvilke geografiske områder dækker de enkelte lands- hhv. landsdelsfunktioner?

Hvilke krav - i henseende til specialapparater og/eller personale og/eller samarbejde med andre specialiserede afdelinger - stiller de enkelte lands- og landsdelsfunktioner? I hvilket omfang er disse opfyldt for de enkelte lands- og landsdelsfunktioner?

Hvor stor er den enkelte funktions forbrug (d.v.s. patienter, sengedage m.m.) og kapacitet (d.v.s. senge, personale m.m.) og er dette dækkende for det aktuelle behov?

Inden for hvilke funktioner sendes patienter videre til specialundersøgelse og/eller - behandling andet steds, hvortil og hvor mange?

Er der planlagt og evt. truffet beslutning om kapacitetsudvidelse af eksisterende lands- og landsdelsfunktioner eller om optagelse af nye områder?

RIGSHOSPITALET'S FAGOMRÅDER
NOVEMBER 1975

Anerkendte specialer .angives ved nummer. Listen omfatter funktioner, der er repræsenteret ved sen-geafsnit, klinik, ambulatorium, latoratorium, in-stitut, fast konference eller konsulent.

Allergologi, klinisk	Allergipoliklinikken
Allergologi i barnealderen	Børneallergiklinikken
Antenatal fosterdiagnostik	Afdeling Y + TG
Antikonception	Klinik, afdeling Y
Anæsthesiologi (1)	Afdeling AN
Arbejdsfysiologi, klinisk	Lab., afd. T
Arbejdsmedicin	Klinik, afd. AR
Audiologi	Lab., afd. F
Autoimmunisering i svangerskabet (rhesus-børn)	Afdeling Y
Børnekirurgi	Afdeling G
Børnepatologi	Lab., PARI
Børnepsykiatri (2)	Afdeling OB
Børnepsykologi	Afdeling OB
Børneradiologi	Afdeling X
Cardiologi (3)	Afdeling B
Cardiologi, nyfødte og spæde	Afdeling TG/B + afdeling X
Cardiovasculær radiologi	Afdeling X
Cystisk fibrose + Kr.lungelidelser	Afdeling TG
Dentalteknik	Lab. Afdeling TZ
Dermato-Venerologi (4)	Afdeling H
Diabetes i svangerskabet	Afdeling Y
Diagnostisk radiologi (5)	Afdeling X, TX, XN
Elektronik, medicinsk	Lab., ingeniørafd.
Endokrinologisk kirurgi	Afdeling RE
Epidemiologi	Afdeling M

Experimentel patologi	Lab. Blegdamsvej 72
Fertilitetsdiagnostik(+ andrologi)	Klinik, afdeling Y
Flyvemedicin	Klinik, afd. B
Flyveophthalmologi	Klinik, afdeling E
Flyveotologi	Klinik, afdeling F
Foniatri + logopædi (talepædagogik)	Lab., afd. F
Fysiurgi (6)	Afdeling TT
Giftinfonnation	Arbejdsmed. klinik
Gonadesygdomme, mandlige	Medicinsk poliklinik
Gynækologi + Obstetrik (7)	Afdeling Y
Hals + hoveds tumorkirurgi	Afdeling K
Handicappede børn (spastikere)	Klinik, afdeling G
Hepatologi, medicinsk	Afdeling A
Hepatologi, kirurgisk	Afdeling C
Hjertekirurgi, medfødte og erhvervede lidelser	Afdeling R
Hormonkemi	Differentieret i afdelingerne ML+NU+P m.fl.
Hæmatologi	Afdeling A
Hæmatologi i barnealderen	Lab., afdeling C
Håndkirurgi	Afdeling S
Idrætsmedicin	Klinik, afd. T
Immunologi, klinisk	Lab., afd. TA
Intern medicin (8)	Afd. A+B+TA+M
Intensiv svangerskabsovervågning	Afdeling Y
Karkirurgi	Afdeling D
Kirurgi (9)	Afdeling C+D+R+RE
Kirurgisk gastroenterologi (30)	Afdeling C
Klinisk blodtypeserologi (10)	Afdeling BL
Klinisk farmakologi	Afdeling A
Klinisk fysiologi (11)	Totalt opdelt i undergrupper efter organ
Klinisk kemi (12)	Afdeling CL+ML
Klinisk mikrobiologi (13)	Institut
Klinisk neurofysiologi (14)	Lab., Afdeling NF
Koagulationskemi	Afdeling CL
Koronarmedicin, intensiv	Afdeling B

Kromosom diagnostik	Lab«, afdeling Y
Kæbekirurgi	Afdeling K
Kredsløbsfysiologi	Afdeling D
Lungefysiologi	Lab, afdeling A
Medicinsk gastroenterologi (jl)	Afdeling P
Medicinske lungesygdomme (15)	Afdeling B, TA, AR
Metaboliske sygdomme i barnealderen	Lab», afd. TG
Myasthenia gravis behandling	Afdeling N + R + AN
Militærpsykiatri	Afdeling OF,, Farum
Myelocelbehandling (rygmarvsbrok)	Ambul.afdeling G
Nefrologi (16)	Afdeling P
Neonatologi	Afdeling GN
Neurokirurgi (17)	Afdeling NK
Neurologi i barnealderen	Afdeling TG
Neuromedicin (18)	Afdeling N
Neuropathologi	Institut F.
Neuroradiologi (incl. EMI-scanner)	Afdeling XN
Nuclearmedicin	Afdeling NU
Nyretransplantation	Afdeling D
Onkologi, gynæk.(maligne lidelser)	Afdeling YG
Onkologi, kir.gastreenterologisk	Afdeling C
Ophthalmologi (19)	Afdeling E
Ophthalmokirurgi, spec, cornea, retina,glaslegeme	Afdeling E
Ophthalmopatologi	Institut
Ortooptik(skeleklínik)	Klinik, afdeling E
Ortopædisk kirurgi (20)	Afdeling U
Otopatologi	Lab«, afd. F
Otoradiologi	Afdeling X
Oto-rhino-laryngologi (21)	Afdeling F
Oto-neurologi	Afdeling F
Odontologi	Klinik, Afdeling Z
Patologisk anatomi (22)	Institut PARI
Pacemaker implantation	Ambul. afdeling B
Plastikkirurgi (23)	Afdeling S

1. JUN 1975

Psykiatri (24)	Afdeling O
Psykopharmakologi	Afdeling Ø
Pædiatri (25)	Afdeling G + TG
Psykoterapi	Afdeling Ø
Respirator terapi	Afdeling AN
Rheumatologi	Afdeling A
Røntgenteknologi, medicinsk	Afdeling X
Sexuologi	Afdeling Ø
Socialpædiatri	Ambul. (K.p.R.)
Terapeutisk radiologi (26)	Afdeling X
Teratologi (medfødte svære misdannelser)	Afdeling TG
Thoraxkirurgi (27)	Afdeling R
Thyreoidea fysiologi	Lab., afdeling NU
Traumatologi, akut	Skadestue, afdeling U
Tropemedicin (28)	Afdeling M
Ultralyddiagnostik	Afdeling Y, Lab.
Urologi, kirurgisk (29)	Afdeling D
Vævstypebestemmelse	Lab., afdeling BL

Diagnose på patienter, som videresendes fra Vestsjællands amtskommune med angivelse af hvortil.

For en del diagnoser gælder, at kun udvalgte patienter videresendes til diagnostik eller operation eller efterbehandling. (Diagnoser efter: Klassifikation af sygdomme, Sundhedsstyrelsen 1971).

I. Morbi infectiosi et parasitarii

Alle eksotiske tropesygdomme	EH
01299 Tuberculosis organ. resp. alia	?
037 Tetanus	
043 Poliomyelitis acuta non spec.	RH
05403 Meningoencephalitis ex herpes simpl.	EH
05501 - - morbili	EH
06599 Encephalitis virosa non spec.	EH
07199 Rabies	EH
090 Syphilis congen.	EH

II. Neoplasmata

140-149 N. mal. cavi oris et pharyngis	EH
150 N. mal. oesophagi	EH
15109 N. mal. cardia	EH
15199 N. mal. ventriculi (pars non spec.)	EH
155 N. mal. prim. hepatis et vias. bili.	EH
157 N. mal. pancreatis	EH
160 N. mal. nasi, cavi nasi, auris mediae, sinuum nasi	EH, Ea.st.
161 N. mal. laryngis	EH, Ea.st.
162 N. mal. tracheae, bronchi et pulm.	EH, Ea.st.
163 N. mal. org. resp. alii et non spec.	RH
170 N. mal. ossis	EH
171 N. mal. musculi	EH
172 Melanoma mal. cutis	EH, Finsen
173 N. mal. cutis alius	EH
17409 N. mal. mammae	Ra.st.
180 N. mal. cerv. uteri st. II-III-IV	Ea.st.
181 Clorionepithelioma	Ra.st.

182	N. mal. corp. uteri	Ra.st.
183	N. mal. ovarii	Ra.st.
184	N. mal. ovarii	ØH
18699	N. mal. testis	Ra.st.
18709	N. mal. penis	Ra.st.
18809	N. mal. vesic. urin. III	RH, Ra.st.
18909	N. mal. renis	Ra.st.
190	N. mal. oculi	RH
191-192	N. mal. cerebri et syst. nerv.	RH, KASGlo.
193	N. mal. gld. thyreoideae	RH
194	N. mal. gld. endochrin. al.	RH
197	N. mal. sec. metast. org. resp. et org. digest.	RH
19839	N. mal. sec. cerebri	RH, BBH
200	Reticulosarcoma, lymfosarcoma	Finsen
201	Lymfogranulom. mal. (Hodkin)	Finsen
202	N. aliae telaelymf.	Finsen
203	Plasmocytoma	Finsen, RH
20409	Leukæmia lymph, ac.	Finsen, RH
20509	Leukæmia myel. ac.	Finsen, RH
206	Leukæmia monocytica	Finsen, RH
20709	Leukæmia acuta	Finsen, RH
20899	Polycythæmia vera	RH
210	N. benign.oris	RH
212	N. benign, al. def. et n. spee. org. resp.	RH
213	N. benign, ossis et cartilaginis	RH?
224	N. benign, oculi	RH?
225	N. benign, cerebri et partium syst. nerv. (f.eks. n. benign, n. acustici)	RH
226	N. benign, gld. endochrini	RH
22700	N. benign, glomeris	RH
230	N. non spee. organ, digest.	RH
231	N. non spee. org. resp.	RH
238	N. non spee. oculi, cerebri et part. al. syst. nervosi	RH
III.	Morbi syst. endocrini et nutrit. et metabolici	
242	Thyreoitoxicose	RH

245	Myxødem	EH
250	Diab. mell. et gangr. dial», seg.	Niels Steensen, OHK
25102	Insulinoma pancreatis	RH
25103	Adenoma insularis (non-beta-cel) pancreat. (Zoll.-El.lis)	RH
252	Morbi gid. parathy.	RH
253	MorM hypophyseos	RH, Fuglebakken
255	Morbi gld. suprarenalis	RH
25719	Hypogonadismus testic. prim.	RH
25799	Dysfunctio tectic. alia et non spec.	RH, Fuglebakken
25809	Mb. Cushing	RH
25819	Dysfunct. polygland. endocrina	RH, Fuglebakken
269	Mb. coeliacus	KASGe
27119	Glucogenosis	RH
273	Disord. congen. metabolici alii et non spec.	Fuglebakken, RH Kennedyinst.
276	Amyloidosis	RH?
IV. Morbi sanguinis et system, haematopoietici		
282	Anaemiae haemolyticae hereditariae	RH
283	Anaemiae haemolyticae acquisitae	RH
284	Anaemia aplastica	RH
28600	Defectus coagulationis	RH, Sundby
V. Morbi mentis		
295	Schizophrenia	RH, Glostrup
299	Psykosis infantilis	RH, Glostrup
300	Neurosis	RH
30650	Anorexia nervosa	RH
308	Perturbationes mentales infantutn, non psychoticae	RH, Glostrup
VI. Morbi systematis neryosi et organorum sensuum		
320-324	Morbi inflammatorii syst. nerv. centr.	RH, BBH, KASGlo
330-333	Morbi hereditarii et familiares syst. nervosi	RH, KASGlo
340	Scleros. dissem..	RH, KASGlo
34299	Paralysis agitans	RH

34511	Hypsarrhythmia	RH
34795	Hydrocephalus aquisit.	RH
35109	Neuralgia nervi trigemini	RH?
35400	Polyradiculitis ae.	RH?
357	Alii morbi nervorum peripheric.	RH,BBH,KASGlo
369	Phlegmone orbitae	RH
38599	Morbus Meniere	RH

VII. Morbi organorum circulationis

394-396	Morbi chronici valvul.. cord.	RH
397	Morbi chron. endocard. part. al.	RH
398	Morbi chron. rheum. card. al.	RH
400	Hypertens art. mal.	RH
41099	Infarct. myocard. ae.	RH
412	Mb. cord, ischaem. chron.	RH
421	Endocarditis subac. bact.	RH
423	Pericarditis chron. non rheum.	RH
425	Cardiomyopathia	RH
42723	Mb. cord, symptomaticus lass. a-v. totalis	RH
42724	Syndroma Adam-Stokes	RH
429	Mb. cord, male defin.	RH?
430	Haemorrh, subarach.	RH?
431	Haemorrh. cerebri	RH
43290	Occlus. a. carotidis	RH
435	Ischaemia transit, cerebri	RH
440	Arteriosclerosis	RH
44109	Aneurysma diss. aortae	RH
44300	Mb. Raynaud	RH
44400	Embolia, thromb. bifurc. aorts,e	RH
44408	Embolia, thromb. aortae abd. al.	RH
44440	Embolia, thromb. a. axill.	RH
445	Gangraena ascl. extr. inf. seq.	OEK
452	Thrombosis venae portae	RH
45609	Varices oesophagi	RH

VIII. Morbi organorum respirationis

46401	Laryngitis stridulans	RH?
-------	-----------------------	-----

49300	Asthma (spec, børn)	RH
510	Empyema pleurae	IH
512	Pneumothorax spontan..	IH
513	Abscessus pulm.	RH
517	Fibrosis pulm.	IH
51992	Stenosis tracheae	EH?
IX. Morbi organorum digestionis		
530	Morbi oesophagi (f.eks. achalasia sardiae)	PH
53093	Fistula oesophagi aquisita	RH
53299	Ulcus duodeni (perf., penetr. non indic.)	RH
55130	Hernia hiat. oesophagi	RH
55131	Hernia paraoesophagi	RH
56301	Enterit. reg. granulomat,. (Chrohn)	IH, KASGe
56319	Colitis ulcerosa	RH, KASGe
56907	Megacolon, megarectum non congen.	RH?
57702	Necrosis ae. pancreatis	RH?
X. Morbi organorum urogenitalium		
580	Glomerulonephritis ae.	RH
581	Syndroma nefroticum	RH
582	Glomerulonephritis chron.	RH
583	Glomerulonephritis n. spec.	RH
584	Sclerosis renalis	RH
590	Pyelonefrit. chron.	RH:
59109	Hydronefrosis	RH?
59319	Neohropathia tubulointerstitialis ae.	RH
59339	Stricture, stenosis ureteris (non calculosa)	RH
598	Stricture urethrae	RH, Diak.st.
59905	Fistula urethralis	RH, Diak.st.
59605	Paresis vesic. urin. automat.	RH?
59606	Paresis vesic. urin. autonom.	RH?
59607	Dysfunct. vesic. urin. neurogen. n. spec.	RH?
59608	Dysfunct. vesic. urin. myogenica	RH?
59609	Morbus vesic. urin. alius	RH?

XI. Morbi gravidarum, parturientium et puerperarum

634 Aliae complic. in graviditate EH?
(f.eks. diab.mell., mb. cord, insuff.,
rhesus immun.)

XII. Morbi cutis et subcutis

69530 Rhinophyma RH?

XIII. Morbi ossium, organ, locomot. et telae conjunctivae

71209 Mb. Still RH, Hornbæk
71308 Osteoarthrosis alia definita ?
72211 Osteochondrosis deform, juvenilis Næstved, OHK, Refsnæs
(Calvé-Legg-Perthes)
72501 Prol. disci i.v., cerv. c. affect, rad. KASGlo
72509 Prol. disci i.v, lumb. RH, BBH
72829 Syndroma cervico brach» diffus ?
72879 Dolores lumb. ?
73309 Myasthenia gravis ?
73501 Scoliosis columnae vertebralis OHK
73502 Kyphoscol. col. vertebr. OHK
73801 Coxa vara RH, OHK?
73802 Genu valg RH, OHK?
73803 Genu varum RH, OHK?

XIV. Maleformationes congenitae

74109 Spina bifida aperta c. hydrocephalo RH, BBH, KASGlo
74199 Spina bifida aperta (hydrocep.n.indic.) RH, BBH, KASGlo
74200 Hydrocephalus congen. RH, BBH, KASGlo
743 Myelomeningocele RH, BBH, KASGlo
745 Maleformat, congen. auris, vaciei et colli ?
74699 Mb. cordis congen. RH
747 Coarctatio aortae RH
748 Maleform. congen. organ, respir. ?
749 Cheilognatho-palatoschisis Diak.st.
75020 Brady oesophagus congen. RH
75021 Stenosis congen. oesophagi RH
75022 Atresia oesophagi sine fistula
tracheo-oesophageali RH
75023 Atresia oesophagi c. fistula
tracheo-oesophageali RH

75024	Fistula congen. tracheo-oesoph. sine atresia oesophagi	EH
75029	Fistula congen. tracheo-oesoph., atresia, sine stenosis cong. oesophagi	EH
754	Pes equini-varus m.m.	OHK
755	Luxatio coxae congen.	OHK
XV. Causae quaedam morborum et mortis perinatalis		
760-772	Medfødte sygdomme, foster- og fødsels-læsioner	EH?
77499	Erythroblastosis foetalis c. ictero nucleari, causa n. indie.	EH
77599	Erythroblastosis foetalis (ictero nucleari n. indie.) causa n. indie.	EH
776	Hyaline membraner	EH
XVII. Traumata, veneficia, injuriae		
N 800-801	Fract. cranii	KASGlo
N 802	Fract. ossis faciei	?
N 80300-01	Fract. cranii c. haemat.. extradur. traum.	EH, KASGlo
N 80600-69	Fract. col. vertebr. c. laes. medullae spin, sive nerv. spin	EH, KASGlo
N 80754	Fract. laryngis complic.	EH?
N 83001	Lux. artic. mandibulae	EH?
N 851-54	Laesiones traum.. intracran. sine fract. cranii, commotio cerebri excepta	EH, KASGlo
N 860-62	Laesio traum. organorum thoracis	EH
N 86800	Laesio traum. aortae abd. et vasorum intraabd.	EH?
N 87000	Vuln. bulbi oculi penetrans	EH
N 87001	Vuln. bulbi oculi n. penetrans	EH
N 87004	Eupt. traum. canalis lacrim.	EH
N 87009	Vuln., laceratio oculi, orbitae	EH
N 871	Enucleatio traum. oculi	EH
N 872	Vulnus, laceratio auris,, incl. amput. traum. auriatae	EH?
N 93004	Corp. alien, orbitae	EH?
N 93005	Corp. alien, intrabulb. oculi	EH?
N 93009	Corp. alien, oculi, orbitae	EH?
N 940-949	Ambustio et corrosio 2 -3°	Hvidovre

N 95104	Laesio traum. nervi facialis	EH?
N 95105	Laesio traum. nervi acustici	EH?
N 95869	Laesio traum. medullae spin, (loco n. indic.)(fract. col. n. indic.)	EH
N 970	Venefic. psycofarm.	BBH?
N 98329-99	Ætsninger, giftige dampe og fødemid- ler m.v., skade efter bestråling, kulde, varme, lufttryk, komplikatio- ner efter skader og indgreb	?

Eksempler på mulig puljeanvendelse.

De efterfølgende eksempler på anvendelse af den i afsnit 5.2 skitserede pulje er eksempler, og der er herved ikke taget stilling til indhold eller omfang af puljetilskuddene.

1. Dialyse- og nyretransplantationsbehandling.

1.1 Videnskabelig baggrund:

I slutningen af 1950'erne fremkom oplysning om de første praktiske nyretransplantationsforsøg i verden. Omtrent samtidig indførtes dialysebehandling af kroniske nyrepatienter i USA.

Der skete en hurtig videnskabelig udvikling på begge områder, og fra midten af 1950'erne var begge behandlingsformer taget op i praksis på danske sygehuse.

Der samlede sig hurtigt en voldsom offentlig interesse omkring disse behandlingsformer, hvilket blandt andet må ses på baggrund af, at behandlingskapaciteten var forsvindende i forhold til behovet. I slutningen af 1960'erne døde ca. 900 patienter om året af kronisk nyresvigt i Danmark.

I 1962 nedsatte sundhedsstyrelsen et lægeligt ekspertudvalg med opgave at rådgive styrelsen om organisationen af dialyse- og nyretransplantationsbehandlingen i Danmark.

1.2. Problematik:

Baggrunden for at de nye behandlingsformer ikke uden videre kunne tages op inden for det almindelige sygehusvæsen var flersidig:

- a. Det var overordentligt vanskeligt at overskue konsekvenserne af den fortsat hastige videnskabelige udvikling inden for begge behandlingsområder.
- b. Begge behandlingsformer var særdeles komplicerede, hvilket krævede et højt kvalificeret personale på behandlingsstederne. Af kapacitetsmæssige grunde var et sådant personale endnu kun uddannet i stærkt begrænset omfang.
- c. Begge behandlingsformer fordrede et nært samarbejde med en række andre specialfunktioner, som kun var tilstede på et fåtal af sygehuse.
- d. Endelig var behandlingsformerne overordentlig omkostningskrævende både for så vidt angår anlægsudgifter som driftsudgifter.

Disse forhold gjorde det klart, at der måtte gennemføres en gradvis

udvidelse af behandlingskapaciteten i takt med nye forskningsresultater og uddannelsen af kvalificeret personale. Det var endvidere nødvendigt, at kapacitetsudvidelsen fandt sted på få store sygehuse for derigennem at sikre en tilstrækkelig kvalificeret behandling og en optimal udnyttelse af de anvendte økonomiske ressourcer.

Dette videnskabeligt-, behandlingsmæssigt- og økonomisk begrundede behov for en kontrolleret udbygning ledsagedes af en erkendelse af, at statslige tilskud var nødvendige dels for at fremme den hurtigst mulige forsvarlige kapacitetsudvidelse, og dels for at sikre at denne forøgede kapacitet kom hele befolkningen ligeligt til gode. Indenrigsministeriet udtalte således i 1969 i en indstilling til finansudvalget om etablering af en statstilskudsordning, at såfremt patienternes hjemstedsamtskommuner selv skulle bære de fulde og meget store udgifter pr. behandling, kunne der opstå "risiko for, at økonomiske motiver fik en vis betydning for, om der blev gjort tilstrækkelig brug af centrene".

1.3. Tilskudsordningens omfang;

Den hurtige planlægning af de nye højt specialiserede sygehusfunktioner resulterede i etablering af en statslig drifts- og anlægstilskudsordning fra og med finansåret 1969/70 for 6 behandlingscentre placeret på landsdelssygehuse. Der blev tillige stillet statslige midler til rådighed for dialyse- og transplantationsforskningen.

Tilskudsordningen indebar fuld statslig dækning af anlægsudgifterne i forbindelse med etableringen eller udvidelsen af centrene.

Det statslige driftstilskud medførte dækning af ca. halvdelen af centrenes dialyse- og transplantationsudgifter og fuld dækning af udgifter i forbindelse med vævstypebestemmelse. De resterende driftsudgifter blev dækket af patienternes hjemstedsamtskommuner, idet det bør bemærkes, at disse udgifter var statstilskudsberettigede efter sygehusloven.

Statstilskudsordningen er opretholdt indtil videre til 1. april 1977 med uændrede driftstilskudssatser og principiel fuld, men limiteret dækning af udgifter til mindre anlægsarbejder og anskaffelse af apparatur m.v.

Der har endvidere været ydet særlige tilskud til indkøb af hjemmedialyseapparater, da den tekniske udvikling i begyndelsen af 1970'erne havde gjort denne behandlingsform praktisk anvendelig.

1.4. Tilskudsordningens virkninger.

I løbet af ganske få år indtog Danmark en førende stilling i verden både for så vidt angår dialysebehandling som transplantationer. Der var bred enighed om, at de gode resultater i vid udstrækning måtte tilskrives den statslige tilskudsordning, som dels havde bidraget til en hurtig, men kontrolleret forøgelse af behandlingskapaciteten, og dels havde sikret en behandlingsmæssig høj kvalitet gennem samlingen af både dialyse- og transplantationsbehandlingerne på få store og velkvalificerede sygehuseenheder.

Tilskudsordningen må idag siges at have haft de gunstige virkninger, man med rimelighed har kunnet forvente. Der er tilvejebragt en høj grad af ligelig adgang for befolkningen til dialyse- og nyretransplantationsbehandling, og disse behandlings kvaliteter målt ved overlevelse i dialyse og efter transplantation sammenlignet med andre lande er meget høj, og endelig må det antages, at de investerede økonomiske ressourcer er anvendt bedst muligt også ud fra en kvantitativ betragtning.

Det må formentlig alene eller i overvejende grad tilskrives en noget langsommere udvikling inden for vævstypenforskningen end man havde forventet og kunne forudsæ, at væksten i antallet af dialysepatienter i Danmark ikke er afgørende formindsket eller standset. De vævstypemæssige problemer har til en vis grad begrænset antallet af transplantationer, ligesom en betydelig del af de indtransplanterede nyrer fortsat afstødes - ca. 50% indenfor det første år og herefter yderligere ca. 5% om året - men behandlingsresultaterne bliver dog stadig bedre, og det er fortsat eksperternes opfattelse, at der må lægges afgørende vægt på en intensiv transplantationsvirksomhed (- og forskning), jfr. afsnit 8.

1.5» Statens udgifter ved tilskudsordningen.

Statens driftstilskud for finansåret 1976/77 er anslået til 19 mill, kr., medens anlægstilskuddet ydes inden for en ramme på maksimal 3 mill, kr. om året.

1.6. Antal patienter og behandlinger.

Der var pr. 1. januar 1976 322 patienter i dialyse i Danmark. Dialysepopulationen er i de senere år forøget med ca. 40 pr., år.

Antallet af transplantationer har ikke som oprindeligt forudsat været jævnt stigende, men er stagneret omkring 130-150 transplantationer om året. Dette antal skal - forudsat uændrede transplantationsresultater -

fordobles, hvis stigningen i antallet af dialysepatienter skal stoppes, hvilket oprindeligt af mange nok blev betragtet som en væsentlig del af målsætningen ved etableringen af statstilskudsordningen.

1.7. Tilskudsordningens begrundelse idag.

Statstilskudsordningen medvirker utvivlsomt fortsat til sikring af en lidelig adgang for hele befolkningen til dialyse- og nyretransplantationsbehandlinger, ligesom ordningen formentlig medvirker til at hindre et muligt ressourcespild i form af betydelige investeringer (og driftsomkostninger) på mindre sygehuse, idet udnyttelsesgraden ved "decentraliserede" sygehusdialyser ifølge erfaringer fra udlandet er betydeligt mindre end på de nuværende centre. Endvidere sikrer ordningen en behandlingsmæssig høj kvalitet, og endelig - og måske afgørende - er en videreførelse af den centerstyrede behandling af dialysepatienter en forudsætning for den omtalte intensive indsats på transplantationsområdet.

1.8. Fortsat behov for tilskud?

Så længe eksperterne fortsat er af den opfattelse, at det er forsvareligt og rigtigt at opretholde den oprindelige målsætning! at samtlige patienter bliver transplanterede inden for det år, hvor de udvikler terminal nyresvigt, vil en tilskudsordning være af afgørende betydning, idet den på bedst mulig måde sikrer, at behandlingen af alle dialysepatienter tilrettelægges og styres af nogle få dialyse- og transplantationscentre ved landsdelssygehuse, og at der etableres og opretholdes en nær kontakt mellem center og patient. Denne kontakt er af afgørende forudsætning for en forøgelse af transplantationernes antal.

Dertil kommer, at en af tilskuddet betinget centerstyring af både hjemme- og centerdialysepatienter sikrer den bedst mulige behandlingskvalitet.

2. Coronarkirurgi.

Kirurgisk behandling af åreforkalkningslidelser i hjerterkranspulsåre er i kraftig udvikling blandt andet i USA, hvor der i 1971 opereredes 10.000 og i 1975 60.000 patienter for disse lidelser, svarende til 35 operationer pr. 100.000 indbyggere.

Den kirurgiske behandling af åreforkalkningslidelserne har på hjerterkirurgicentre med stor aktivitet og dermed erfaring givet lovende resultater - op mod 90% af patienterne bliver symptomfrie, d.v.s. at livskvaliteten bedres betydeligt. Operationsrisikoen er under 5% og

og overlevelsen synes øget, men det er endnu for tidligt at slutte noget sikkert herom.

Omkostningerne ved en operation er betydelige. Det drejer sig om åben hjertekirurgi med hjerte-lungemaskine. Der må regnes med udgifter i den allerførste start på 150.000 kr. pr. operation og i øvrigt indtil videre en udgift af størrelsesordenen 100.000 kr. pr. operation.

Der kan tænkes at blive behov for puljestøtte af størrelsesordenen indtil 10 mill.kr. årligt; i en 10-års periode med henblik på en styret udvikling af denne form for operationsaktivitet - f.eks. efter en plan, der for den første 5-års periode går ud på følgende årlige antal operationers 25 - 50 - 100 - 200 - 400, de første to år centraliseret på een afdeling og de tre følgende fordelt på to afdelinger.

3. Diagnostik på fostre og tidlig opsporing af patienter med medfødte stofskiftesygdomme.

Der må påregnes behov for puljebeløb af størrelsesordenen indtil 10 mill.kr. til videreførelse af aktiviteter, som i de indledende faser er blevet finansieret af forskningsmidler. Det drejer sig dels om fosterdiagnostik for alle gravide over 35 år og andre særligt udsatte risikogrupper med henblik på at forebygge fødsel af børn med kromosomsygdomme (f.eks. mongolisme), dels om tidlig opsporing af patienter med forskellige medfødte stofskiftesygdomme. I problematikken indgår, at en væsentlig del af de hidtidige aktiviteter er foregået på ~~Kennedy-Institut~~ og Institut for Human Genetik ved Århus universitet, som begge er baseret på forskning. På lidt længere sigt vil der derfor opstå spørgsmål om at overføre aktiviteterne på disse to institutter til sygehusvæsenet. Endvidere kræver den til fosterdiagnostik nødvendige udtagelse af foster væske under ultralydvejledning en vis rutine, og der er som følge heraf overvejelser om at søge antallet af prøveudtagningssted* begrænset til ultralydlaboratorier på 7 sygehuse.

4. Anskaffelse af CAT-scannere (computeriseret tomografi EMI-scannere).

Udstyret er udviklet inden for de sidste 4 år i England og USA. Det betyder en nærmest revolutionerende forbedring i billedmæssig fremstilling af en række organer i hele kroppen. Fordelene er foruden de bedre billeder den absolutte unødvendighed af belastende indgreb på patienten såsom hjernepustning og injektion af røntgenkontraststoffer i legemets pulsårer.

Udstyret er imidlertid ekstremt dyrt - ca. 5 mill. kr. for et gennemsnitsudstyr.

For at undgå uhensigtsmæssig placering som følge af lægelig og anden pression og for at opnå billigst mulig pris ved indkøb af dette udstyr, som uundgåeligt vil blive et krav, kunne man forestille sig gennemførelse af en puljefinansieret plan for etapevis forsyning af lands-/landsdelssygehuse og hovedsygehuse med dette udstyr over en 5-årig periode. Den eventuelt puljefinansierede plan burde formentlig også omfatte den til apparaturets betjening nødvendige uddannelse af medicinsk personale og servicefolk.

Tønder, d. 18. januar 1977

Udvalget vedrørende lands- og landsdels-
funktionerne.

Beklager herved, at jeg på grund af dårligt flyvevejr ikke kunne deltage i udvalgs mødet d. 13. d.s. Havde jeg været til stede, ville jeg vedrørende deltagetænkningen have givet udtryk for synspunkter som følgende.

ad pag. 35 og 40:

Planlægnings- og visitationsudvalget bør også kun være rådgivende i henseende til administrationen af den i kapitel 5 omhandlede pulje. Der må ikke lægges op til principielle ændringer i bevillingsbeføjelserne.

ad pag. 40:

Skønnet over puljens størrelse kan jeg ikke bedømme. At puljen dernæst skal tilvejebringes på bekostning af de generelle tilskud, kan jeg endvidere ikke uden forbehold godtage bl.a. som følge af, at de generelle tilskud alene påregnes at modsvare statens besparelser, men ikke løsningen af nye opgaver. Let kunne f.eks. være nok så nærliggende at lade undersøge, om puljen vil kunne finansieres af kommunernes momspenge.

Med de anførte bemærkninger, som jeg ikke opfatter som værende i modstrid med betænkningens principielle synspunkter, returnerer jeg hoslagt det med skrivelse af 14. ds. modtagne "underskriftspapir" i tiltrådt stand.

sign.: Eugene Ibsen

Følgende har tilsluttet sig ovennævnte udtalelse fra Eugene Ibsen.

J. Skotte Hansen

Viggo Hauch
(observatør)

Jens M. Nielsen

