

Hovedstadsmetropolens ustyrlige sygehussektor

Af Henning Bro

På det seneste er sygehusene i Helsingør, Hørsholm, Esbønderup og Frederikssund lukket, og i 2025 følger det gamle og store Frederiksberg Hospital efter. Samtidig pågår omfattende ombygninger af tilbageværende sygehuse i Region Hovedstaden. En følge af sygehussektoren i størstedelen af hovedstadsmetropolen ved 2007-strukturreformen underlagdes en samlet sygehusplanlægning. Dermed det sidste kapitel i den lange historie om metropolens ustyrlige sygehussektor.

Indledning

Afsættet for denne artikel, der har til formål at analysere: 1) centrale træk ved etableringen og udviklingen af hovedstadsmetropolens sygehussektor siden midten af det 19. århundrede 2) de regionale strukturelle udfordringer, der i samme periode kendetegner metropolens sygehussektor 3) de forskellige greb, der i denne periode bliver taget i anvendelse for at håndtere disse udfordringerne 4) rækkevidden af disse greb i forhold til periodens sygehusstrukturelle udfordringer i hovedstadsmetropolen.

Teoretisk udgangspunkt

Mens sygehussektoren i Danmark gennem perioden som hovedregel har været kendetegnet af ét sygehus i den største købstad i ét større eller mindre overvejende ruralt område med mindre købstæder og stations- og landevejsbyer, kommer hovedstadsmetropolen i takt med sin stadig større geografiske udbredelse til at omfatte stadig flere sygehuse i samme urbane område. Et område, der i artiklen betragtes som en byregion, hvor sygehussektoren bliver en af en række regionale rammebetingelser for byregionens funktionalitet.

Byregion

I forskningslitteraturen er der konsensus om, at byregion kan defineres som: Ét på tværs af politisk-administrative og juridiske rammer, funktionelt sammenhængende og integreret urbant system (netværk) af forskellige interagerende byenheder af forskellig struktur og funktion. Interaktionen i byregionen ses samtidig som bestemt af de funktionelle forskelle mellem byenheder, der følger af kapitalens skiftende lokalisering af økonomisk aktivitet, og omfatter: Produktionsfaktorer, privat og offentlig beskæftiget arbejdskraft og privat og offentlig ejet realkapital, samt varer og tjenester.¹

Overført til artiklens kontekst betragtes interaktionen mellem hovedstadsmetropolens funktionelt forskelligartede byenheder som omdrejningspunktet for metropolens udvikling som en byregion. En urban proces, der fra midten af det 19. århundrede forvandler det fæstningsindespærrede førindustrielle København til en hovedstadsmetropol, som kommer til at omfatte stadig flere byenheder med forskelligartet funktionalitet og i slutstadiet aktuelt udgøres af: Metropolens centralby (hovedstaden: København-Frederiksberg), et koncentrisk boligforstadslag uden om denne og radiale forstadsbånd, der med bolig-, industri- og erhvervsområder er sammensmeltet med ringen af købstæder uden om hvilke, der er opstået omliggende pendlersatellitbyer og sommerhusbyer.

Henning Bro, seniorforsker, Ph.D., Frederiksberg Stadsarkiv

Regionale rammebetingelser

Med hovedstadsmetropolens udvikling som en byregion og det stadig større regionale aktionsfelt, som statsformen samtidig opnår ved overgangen fra natvægterstat til universalistisk velfærdsstat, genereres i perioden et stadig stigende behov for rammebetingelser for metropolens byregionale funktionalitet. Rammebetingelser, der er afgørende for interaktionen mellem hovedstadsmetropolens funktionalitet forskelligartede byenheder og omfatter: Realkapitalens mobilitet, lokalisering og funktionsevne, arbejdskraftens mobilitet, bopælslokalisering, pendling og produktionsevne samt varers og tjenesters mobilitet.

Rammebetingelser, der tillige er afgørende for den økonomiske vækst, som hovedstadsmetropolen kan generere og udgør statsformens økonomiske grundlag, og bliver regionale som følge af: Dels metropolens geografiske udbredelse over stadig flere kommuner og amtskommuner. Dels deres omkostningstyngde, der kræver en finansiering af en regional befolkningsmasse, der er større end en lokalkommunes.²

Blandt de regionale rammebetingelser udgør sygehussektoren i perioden en af hovedstadsmetropolens mest fundamentale. Et regionalt ensartet og rationelt organiseret sygehusstilbud bliver således afgørende for arbejdskraftens behandling, produktionsevne og interaktion mellem metropolens funktionelt forskelligartede byenheder. På samme tid, som sygehussektoren får en stadig stærkere position i det velfærdssystem, der gradvist opbygges fra tiden omkring århundredskiftet.³

Forskningspositioner

Det samlede sygehusvæsens meget afgørende betydning som en regional rammebetingelse for hovedstadsmetropolens funktion som en byregion siden midten af det 19. århundrede har ikke i videre omfang været behandlet i forskningslitteraturen. Dermed heller ikke de meget store regionsstrukturelle forskelle, der i perioden opstår i metropolens sygehussektor og de regionale dispositioner, der træffes for at rette op på disse ubalancer.

Hovedstadsmetropolens hospitaler og sygehuse

Der foreligger en række jubilæumsskrifter, som mere eller mindre belyser udviklingen i Københavns Kommunes og Københavns Amtskommunes hospitalsvæsener og på enkelte af disses sygehuse. Skrifterne giver en række faktisk nyttige oplysninger, men problematiserer ikke de regionale udfordringer, som kommer til at kendetegne hele hovedstadsmetropolens sygehussektor.⁴

Stedlige sygehuse beskrives kort i den lokalhistoriske forstadslitteratur, for så vidt de forstæder, der har huset sådanne institutioner, men ses her ikke i sammenhæng med metropolens øvrige sygehuse. Samme forhold kendetegner det seneste værk om Københavns historie og Henrik Gautiers bidrag til Københavns forvaltningshistorie, hvis omtale af det københavnske hospitalsvæsen alene har fokus på tiden frem til første verdenskrigs.⁵

Trods den meget store betydning, som sygehusvæsenet får for de regionale velfærdstilbud op gennem det 20. århundrede, har dets udvikling i hovedstadsmetropolen i mellem- og efterkrigstiden heller ikke været genstand for nærmere faghistorisk forskning. Dog tangerer Jørgen Mikkelsen kort i sin artikel om Hovedstadsrådet den regionale sygehusplanlægning, der bliver tillagt rådet. Mikkelsen må dog konstatere, at Hovedstadsrådet på området står svagere, idet dets overordnede sygehusplanlægning skal baseres på de sygehusplaner, som hovedstadsmetropolens to hovedstadskommuner og tre hovedstadsamtskommuner på forhånd skal have udarbejde udkast til.

Det på trods konstaterer Mikkelsen, at Hovedstadsrådet har ”ydet en værdifuld indsats i sygehusplanlægningen”.⁶

Det danske sygehusvæsen

Selv om den danske sygehussektors historie må betragtes som ganske velbeskrevet i form af litteratur om en række provinssygehuses historie, behandlingen af forskellige patientkategorier og sygehusenes forskellige fagprofessioner, foreligger der kun et mindre antal nyere fremstillinger, der behandler sektorens samlede udvikling over en længere periode. I 2007 udgiver Kurt Jacobsen og Klaus Larsen et omfattende værk om de lange linjer i det danske sundhedsvæsens udvikling gennem 200 år, der dog med det lange tidsperspektiv og det særlige fokus på det idé- og videnskabshistoriske element og på lægevidenskabens betydning kun tangerer forholdene i hovedstadsmetropolen.⁷

De mest betydelige bidrag til særlig det 20. århundredes udvikling på sygehusområdet er leveret af Signild Vallgård. Dels i dennes disputats fra 1992 om det specialiserede sygehusvæsens historie fra 1930 til 1987, dels i en række supplerende artikelbidrag. Skønt forholdene i hovedstadsmetropolen ikke gøres til genstand for nærmere behandling i Vallgårdas arbejder, har hun opstillet en række karakteristiske faser i sygehusvæsenets samlede udvikling for den angivne periode.⁸

Vallgård ser således sygehusvæsenet udspringe af 1700-tallets forestillinger om, at en befolkning, der er rask og overlever og dermed har den fornødne størrelse og arbejdsevne, er en af forudsætningerne for landets rigdom. Da fattige ikke økonomisk magter at blive behandlet ved sygdom, bliver behandlingsopgaven for disse grupper på dette tidspunkt overladt til amternes, købstædernes og sognenes fattigvæsener.

Koblingen mellem sygebehandling og fattigvæsen opretholdes op gennem 1800-tallet for i århundredets sidste del gradvist at blive opløst i takt med, at en stadig større del af befolkningen bliver medlem af sygekasser, der fra 1892 får direkte statstilskud. Dette muliggør bredere samfundslags behandling på de sygehuse, som amts- og købstadskommunerne i stigende antal opfører i perioden, og hvor der skal ydes betaling for behandlingen. Sygehuse, som Vallgård betegner som blandede sygehuse, hvor alle former for sygdomme behandles på samme afdeling og af sammes læger.

Med det stadig større sygekassemedlemskab og de yderligere statstilskud, der ydedes til sygekasserne, bliver sygehusbehandling op gennem det 20. århundredes første halvdel reelt gratis, hvorved den bliver en universel institutionsydelse, der stilles til rådighed for alle. På den baggrund glider sygehusområdet efter Vallgårdas vurdering ind som en del af velfærdsstaten.

Vallgård påviser, at denne proces tager sin begyndelse i mellemkrigstiden og særligt i 30'erne, hvor der samtidig sker et betydeligt paradigmeskift i sygehuspolitikken. Centralisering af sygehusfunktionerne med henblik på en klinisk specialisering bliver set som forudsætningen for bedre behandling og fører til en begyndende nedlæggelse af mindre sygehuse og etablering af nye centralsygehuse med specialafdelinger.

I den forbindelse påpeger Vallgård, at samtlige amter i befrielsesåret har mindst et centralsygehus opdelt i en medicinsk og en kirurgisk afdeling, en røntgenafdeling og eventuelt et antal specialafdelinger oveni. På samme tidspunkt gennemføres den første sygehuslov, der primært

vedrører udvidede statstilskud til de købstads- og amtskommunale sygehuse, og i hvilken anledning den udbredte konsensus i sygehuspolitikken endnu en gang bliver bekræftet. Dog således, at Venstre ønsker, at sygehuse styres decentralt, mens Socialdemokratiet lægger vægt på en højere grad af central styring og planlægning.

På baggrund af den udvikling, der bliver igangsat i sygehussektoren i mellemkrigstiden og i 40'erne, sker der efter Vallgårdas vurdering op gennem den sidste halvdel af det 20. århundrede en stadig stigende tilvækst inden for samtlige af sektorens vækstparametre: Antal sengepladser, indlagte og driftsudgifter pr. 1000 indbyggere, antal læger, andre ansatte, specialer og specialafdelinger samt sygehusvæsenets andel af offentlige udgifter.

De første efterkrigsår frem til omkring 1960 ser Vallgårdas som en konsolideringsperiode i forhold til mellemkrigstidens og 40'ernes udviklingstendens i form af yderligere specialisering, centralisering og øget vækst på alle områder. 60'erne og de første år af 70'erne betegner en meget kraftig tilvækst på samtlige af sygehusvæsenets vækstparameterområder og en yderligere centralisering og specialisering. Men tiden bliver også kendetegnet af planlægningsbestræbelser på alle velfærdsstatens samfundsmæssige interventionsområder og sætter sig på sygehusområdet bl.a. igennem i form af en ny sygehuslov, hvor særligt amtskommunal sygehusplanlægning bliver et nyt element.

Efter Vallgårdas vurdering betegner den resterende del af 70'erne og 80'erne et brud i den udvikling, som sygehusvæsenet har undergået siden mellemkrigstiden. Som reaktion mod de hidtil stærkt stigende offentlige udgifter og de indsnævrede rammer, som tiårenes kriser sætter for velfærdsstatens vækst, sker der en betydelig opbremsning i stigningstakten i de offentlige sygehusudgifter og de øvrige vækstparametre på sygehusområdet og endda et decideret fald i sengepladskapaciteten. Den sidste efterkrigstid bliver desuden kendetegnet af effektiviserings-, rationaliserings- og prioriteringsbestræbelser, en afløsning af den tidligere udbredte konsensus i sundhedspolitikken og dermed en højere grad af politisering af dette politikområde. Endelig bliver vægten i de sundhedsmæssige prioriteringer i højere grad til fordel for det primære sundhedsvæsen og forebyggelse end selve sygehusvæsenet.

Selv om hospitalsvæsenets udvikling i hovedstadsmetropolen og metropolens særlige udfordringer heller ikke indgår i Vallgårdas disputats fra 1992, berøres dog her enkelte forhold med forbindelse hertil. Det anføres således, at mens blandede sygehuse er helt dominerede i hovedparten af landet før 1930, er specialafdelinger på sygehuse i de største byer, herunder i hovedstaden, allerede blevet udbredt på dette tidspunkt. Vallgårdas påviser desuden for perioden 1940-1987 betydelige regionale forskelle i sygehusudbud og- forbrug. Beregnet ud fra senge, læger og sygehusudgifter pr. indbygger, læger pr. indlagte og indlagte pr. indbygger.

På trods af politiske målsætninger om at udligne disse forskelle og skabe lige adgang til en god sygehusbehandling uanset geografisk placering og økonomisk formåen skal de regionale forskelle have været yderst stabile i hele perioden 1930-1970 for først at blive udjævnet noget op gennem 70'erne. De regionale forskelle gør sig gældende mellem de enkelte amtskommuner, men i særlig grad mellem det øvrige Danmark og hovedstaden, der med sine store hospitalsenheder og andre funktioner på sygehusområdet afviger meget fra landet som helhed.

Ved en indregning af hovedstaden i det beregningsgrundlag, som Vallgårdas anvender til påvisning af de regionale forskelle på sygehusområdet, bliver disse forskelle således fordoblet. Som forklaring

på hovedstadens placering i dette regionale mønster inddrager Vallgård dens meget høje indlæggelsesfrekvens, højere lægetæthed, relativt større sygehusudgifter og de særlige funktioner, som hospitalerne her har i forhold til klinisk undervisning af lægestuderende og behandling af udenbys patienter.⁹

Afgrænsning

Med den anlagte forståelse af hovedstadsmetropolen som en byregion afgrænses den i artiklen fra midten af 1800-tallet og frem til midten af det 20. århundrede af hovedstaden og uden for liggende byenheder i tidligere Københavns Amtskommune og den sydøstlige del af tidligere Frederiksborg Amtskommune. Efter 1950 samme område samt andre byenheder i den resterende del af sidstnævnte amtskommune samt i tidligere Roskilde Amtskommune.

Periodisk tager artiklen afsæt i tiden omkring midten af det 19. århundrede, da dannelse af den fremvoksende hovedstadsmetropol udspringer af frigivelsen af bebyggelsen udenfor det fæstningsindespærrede København, og den efterfølgende urbane proces få år efter fører til etablering af de første kommunale hospitaler. I betragtning af at der med etableringen regionerne efter 2007-sturkturreformen gennemføres en samlet sygehusplanlægning omfattende de dele af hovedstadsmetropolen, der kommer til at indgå i henholdsvis Region Hovedstaden og Region Sjælland, føres artiklen i princippet op til den skrivende stund.

Metode og kilder

Artiklens analyse af baggrunden for og formen, karakteren og betydningen af tilvejebragte regionale rammebetingelser for hovedstadsmetropolens sygehussektor vil være rettet mod: Dels hensynet til arbejdskraftens sygdomsbehandling og produktionsevne. Dels hvorvidt dette hensyn tages igennem frembringelse af en ideelt set: Ensartet og rationelt organiseret regional sygdomsbehandling.

Da behandlingen af den meget store og stadig større patientmasse i hovedstadsmetropolen i sig selv bliver en central del af periodernes aktørtilvejebragte regionale rammebetingelser, og da sygehusområdet i hovedsagen varetages af hovedstads-, købstads- og amtsskommuner, tager analyserne udgangspunkt i centrale udviklingstræk ved de sygehusvæseners, som disse aktører hver for sig op- og udbygger i perioden.

Vægten i analyserne lægges dog på de regionale strukturproblemer, der på sygehusområdet følger af forandringerne i hovedstadsmetropolens befolkningsmæssige udvikling, sammensætning og lokalisering, og de behov, som genereres af både statsformens forandringer og den behandlingsteknologiske og lægevidenskabelige udvikling. I forlængelse heraf analyseres sygehusvæsenernes forsøg på og evne til at tilvejebringe en ensartet, samlet og rationel løsning af denne regionale sygehusmæssige problemstilling i hele hovedstadsmetropolen.

Særlige metodiske og kildemæssige problemer

I den sundhedsfaglige litteratur ses regionale strukturproblemer på sygehusområdet som udtryk for under- eller overbehandling, forskelsbehandling og ineffektiv udnyttelse af behandlingsressourcerne inden for et givet regionalt område.¹⁰ Underbehandling forekommer, når patienter ikke tilbydes en behandling, som de vil kunne have haft gavn af, og overbehandling, når det modsatte forhold gør sig gældende. Forskelsbehandling betegnes som den situation, hvor patienters behov inden for samme geografiske område behandles forskelligt afhængigt af deres geografiske bopæl, sociale

baggrund m.m. Ineffektiv udnyttelse af ressourcer forekommer, når samme områdes samlede behandlingskapacitet ikke udnyttes rationelt og dermed fuldt ud.

Parametre for regional sygehusudvikling, der ikke kan overføres direkte til historisk analyse af den udvikling og de forskelle, der kendetegner hovedstadsmetropolens sygehussektor. Idet den foreliggende offentlige trykte statistik og det statistiske materiale fra udvalgs- og kommissionsbetænkninger, der ligger til grund for analyserne af de tilvejebragte regionale rammebetingelser på sygehusområdet, over en længere årrække kun giver oplysninger om antal sengepladser og indlagte patienter.¹¹

I mangel af andre statistiske data tages forholdet mellem antallet af sengepladser og befolkningens størrelse således som et forsimplet udtryk for sygehusudbuddet (behandlingskapaciteten) ved både de enkelte af hovedstadsmetropolens sygehusvæsen og i metropolen som helhed, mens forholdet mellem antal indlagte og befolkningens omfang tages som et elementært udtryk for sygehusforbruget (sygehusbenyttelsen) ved de enkelte sygehusvæsen og metropolen som helhed.¹²

Kildemateriale

Ud over det ovenfor anførte statistiske kildemateriale, inddrages til analyserne af de angivne problemstillinger i sygehussektoren og de tilvejebragte regionale rammebetingelser på området: Dels betænkningmateriale fra de udvalg og kommissioner, der i perioden nedsættes med henblik på tilvejebringelse af en kommunal hovedstadsordning og til behandling af de planlægningsmæssige regionale problemer på sygehusområdet. Dels forhandlings-, udvalgs- og lovforberedende materiale fra Rigsdagstidende/Folketingstidende for så vidt lovgivning, der har betydning for metropolens sygehusvæsen.

Da der på Frederiksberg i perioden opbygges et betydeligt kommunalt hospitalsvæsen, og da dette kommer til at indgå både som en del af hovedstadsmetropolens sygehussektor, i det samarbejde, der udvikles mellem metropolens kommunale sygehusaktører, og i Hovedstadsrådets senere sygehusplanlægning, vil analyserne inddrage: Det meget betydelige arkivalske materiale, som kommunens forvaltning modtager og tilvejebringer i den forbindelse, og som indgår som en betydelig del i rækken af journalsager i arkiverne efter kommunens centralt styrende sekretariat og hospitalskontor; senere Hospitalsdirektorat (Frederiksberg Stadsarkiv). For perioden 1974-1990 inddrages endelig de omfattende mængder af arkivalier vedrørende Hovedstadsrådets sygehusplanmæssige virksomhed, der indgår i journalsagsrækkerne i arkivet efter ovennævnte sekretariat.

Fra natvægterstat til socialhjælpsstat – 1850-1918

Bag etableringen og den videre opbygning af en sygehussektor i den fremvoksende hovedstadsmetropol og de regionale problemstillinger, der på området opstod på samme tid, lå den udvikling som en byregion, som metropolens undergik i den sidste halvdel af det 19. århundrede og frem til tiden omkring første verdenskrig, og det udvidede regionale aktionsfelt statsformen samtidig opnåede ved overgangen fra natvægterstat til socialhjælpsstat.

De store sammenhænge

Som Danmarks hovedstad og suverænt største by havde København siden slutningen af middelalderen og frem til midten af det 19. århundrede opnået en befolkning på 130.000

indbyggere, og i forhold til andre danske byer øvet en langt større og stadig tiltagende indflydelse på sit opland, hvorved dette i højere grad var blevet integreret i hovedstadens udvikling.

Den fremvoksende hovedstadsmetropol

Med den begyndende industrialisering og en voldsom byfortætning sprængte København sig i 1852 med 130.000 indbyggere ud af enevældens og den førindustrielle tids fæstningsværker, og hovedstaden bredte sig i de følgende årtier ind over dens umiddelbare opland. De københavnske broer skød op og udbyggedes, Frederiksberg forvandlede med bykvarterer fra en landsby til en storby, samtidig med at der begyndte at opstå bybebyggelser i de i København i 1901-1902 indlemmede distrikter og på de frederiksbergske vestlige yderdistrikter. Ved afslutningen af verdenskrigen i 1918 havde København og Frederiksberg udviklet sig til en integreret hovedstad med et folketal på over en halv million indbyggere (svarende til mere en fjerdedel af landets befolkning) og havde samme med samtidig omliggende boligforstæder længere ude i Hellerup, Charlottenlund, Klampenborg, Søborg og Tårnby fået karakter af en tidlig hovedstadsmetropol.

En følge af en urban transformationsproces, der op gennem den sidste halvdel af 1800-tallet og i de første årtier af det efterfølgende fulgte af kapitalkræfternes lokalisering af realkapitalen. Således, at den finansielle, administrative og service- og forretningsmæssige virksomhed koncentreredes til centralbyen (Københavns indre førindustrielle bydel), som samme med nationale og regionale offentlige funktioner og institutioner blev landets og hovedstadsmetropolens centrale beslutningscentrum, mens lands- og regionsdækkende og eksportorienteret industri udlagdes til tre omliggende bylag: På de københavnske og frederiksbergske bro- og bykvarter og uden omliggende yderdistrikter. Tre bylag med industri- og boligområder, der mod nord omkransedes af et lag af boligforstæder.

Hovedstadsmetropolens udviklede sig dermed i perioden til en tidlig byregion med tre byenheder: Centralbyen, en byenhed med industri- og boligområder i tre udenom liggende koncentriske bylag og udenfor disse: Nordlige forstæder. Byeneder, der som følge af deres forskelligartede funktionalitet indbyrdes interagerede med realkapital og arbejdskraft som mobile produktionsfaktorer, arbejdskraftspendling og udveksling af varer og tjenesteydelser.¹³

Fra natvægterstat til socialhjælpsstat

Med overgangen fra den natvægterstat, der kendetegnede det meste af den sidste halvdel af det 19. århundrede, til den liberalistiske socialhjælpsstat, som voksede frem i årtierne omkring århundredskiftet, fik staten og dens underliggende kommunale niveau et udvidet aktionsfelt. Natvægterstens residuale velfærdssystem afløste af statssubsidier til stadig privatorganiserede sociale sikringsordninger, egentlige offentlige sikringsydelser, subsidiering af byggeforeninger, alderdomshjem, et forstærket sygehustilbud og købstadskommunale mellem- og realskoler. Samtidig påtog socialhjælpsstaten sig tilvejebringelsen af de almene produktionsbetingelser, der under natvægterstatens havde være overladt til det private initiativ. Det gjaldt anlæg og drift af jernbaner, storbyers sporveje og forsyningsværker, udbygning af bi- og landevej og statslåneordning til oprettelse af husmandssteder.

Selv om det udvidede offentlige aktionsfelt, der i perioden opnåedes ved overgangen fra natvægterstat til socialhjælpsstat, overvejende havde en lokalkommunal karakter, fik (ud over politi-, rets og brandvæsen) udlæg og drift af landeveje, jernbaner, havne, forsyningsværker- og ledningsnet og spildevandsafledningsanlæg samt sygehusområdet en regional dimension.

Jernbaneanlæg og- drift, da disse selvsagt berørte større geografiske områder, havneanlæg som konsekvens af disses omkostningstygde og for begge anlægs- og driftsopgavers vedkommende som følge af, at disse var af helt afgørende betydning for hele landets infrastrukturelle sammenhængskraft. Dermed af fundamental betydning for de både nationale og regionale almene produktionsbetingelser, som socialhjælpsstaten måtte tilvejebringe for at stimulere periodens økonomiske vækst, som statsformen blev afhængig af til finansiering af dens øgede udgifter.

Udlæg af landeveje, forsyningsværker- og ledningsnet og spildevandsafledningsanlæg samt oprettelse og drift af sygehuse fik tillige en regional karakter, idet disse også omfattede større geografiske områder, krævede et større befolkningsgrundlag og tillige var omkostningstunge. Landevej og sygehusdrift blev dermed nogle af de mest centrale opgaver i amtskommunernes regionale opgaveportefølje. En regional portefølje, der inden for købstædernes begrænsede geografiske område, tillige hvilede på købstadskommunerne, som med et større befolkningsvolumen og et differentieret erhvervsgrundlag havde betydelig flere kommunaløkonomiske ressourcer end sognekommunerne i landdistrikterne.¹⁴

Kommunehospitaler og amtssygehuse

Som i andre danske byer var fattigforsorg og sygebehandling også i København op gennem den første halvdel af 1800-tallet stadig forbundne klar. Sygestuerne i byens fattiginstitutioner var forbeholdt de fattige, der her uden nogen form for diagnose eller egentlig behandling blot fik en seng og noget mad og pleje, mens den velhavende del af borgerskabet i reglen blev plejet og behandlet i eget hjem af egen læge.

Behandlingsmæssige forhold, som ændredes markant med etableringen og opbygningen af en sygesektor i den fremvoksende hovedstadsmetropol i århundredets sidste halvdel og de første tiår af det følgende. I lighed med størsteparten af de øvrige regionale rammebetingelser for metropolis byregionale funktionalitet tilvejebragt enkeltvis af kommunerne. På sygehusområdet på amtskommunalt niveau: Hver af hovedstadskommunerne og Københavns Amtskommune.¹⁵

Umiddelbart efter frigivelsen af byvæksten uden om det fæstningsindespærrede København opførte hovedstadskommunerne således i henholdsvis 1863 og 68 de første hospitaler: I København det meget store kommunehospital, der allerede fra starten dels brød med den administrative og institutionelle kobling til fattigvæsenet og dermed natvægterstatens forståelse af sygebehandling, dels opdelt i kliniske afdelinger. På Frederiksberg en selvstændig hospitalsbygning, som i begyndelsen blev betegnet Frederiksberg Sygehus.

Afsættet for den meget betydelige udbygning af de to hovedstadskommuners hospitalsvæsener, der gemmedes i de følgende årtier som følge af hovedstadens massive befolkningstilvækst, socialhjælpsstatens velfærdspolitiske tilløb og udvidede regionale aktionsfelt og den samtidige lægefaglige udvikling, der krævede en stadig mere specialiseret patientbehandling.

Uden sammenligning blev udbygningen størst i København i form af: Dels udvidelser og yderligere afdelingsopdelinger på Kommunehospitalet og Sankt Hans Hospital i Roskilde¹⁶. Dels to specialhospitaler for smitsomme sygdomme: Øresundshospitalet og Blegdamshospitalet, der for de klassiske epidemiske sygdomme udformedes som lave bebyggelser efter det såkaldte pavillonsystem.¹⁷ Dels en række specialiserede hospitaler for køns- og hudsygdomme (Rudolf Bergs Hospital), medicinske sygdomme (Balders Hospital), TB-patienter (Boserup Sanatorium ved Roskilde) samt Børnehospitalet Fuglebakken på Frederiksberg. Hertil kom omdannelsen af Tårnby

Sognekommunes tidligere fattighus til et alment medicinsk og kirurgisk lokalhospital som følge af de meget stærkt bebyggede brokvarterer i den indre del af det i 1902 indlemmede Sundby-distrikt.



Kommunehospitalet i 1865 (Københavns Museum)

Som følge af behovet for et storhospital for de ydre dele af Nørre- og Østerbro og det i 1901 indlemmede meget store Brønshøj-distrikt, åbnede Københavns hospitalsvæsen i 1913 tillige Bispebjerg Hospital. Udformet på samme måde, som i sin tid gjorde sig gældende ved opførelsen af Blegdamshospitalet, men nu også for rent fysisk at understøtte den fokuserede behandlingsspecialisering.

Bag den højere administrationsbygning, som kom til at danne indgang til hospitalskomplekset, udlagdes lave toetagers pavilloner langs en bred midterakse. Bispebjerg Hospital fik fra starten 700 sengepladser og blev opdelt i en stor kirurgisk og to store medicinske afdelinger, inden for hvilke der etableredes en intern klinisk specialisering. Da København efter Diakonissestiftelsens første uddannelsesinitiativ i 1863 i 70'erne havde påbegyndt en professionalisering af vågekonerne og i 1898 havde etableret en obligatorisk teoretisk sygeplejeuddannelse, fik denne, nu som en treårig uddannelse, samtidig skole på Bispebjerg Hospital.¹⁸

På Frederiksberg blev det oprindelige kommunehospital på samme tid udvidet med en epidemiafdeling og en erhvervet villa, der lå op til det betydelige institutionskompleks, som kommunens fattig- og hospitalsvæsen etablerede i byens fremvoksende centrum syd for dens

banegård. Villaen indrettedes til operationsafdeling og suppleredes senere med endnu en hospitalsbygning, hvorefter Frederiksberg Hospital opdeltes i flere behandlingsafdelinger. Umiddelbart efter århundredskiftet udflyttedes institutionskomplekset til et omfattende område vest for Ndr. Fasanvej, hvor Frederiksberg Hospital blev den største institution og administrativt og institutionelt adskiltes fra fattigvæsenet.



Bispebjerg Hospital, ca. 1920 (Københavns Museum)

Frederiksberg Hospital kom til at omfatte en administrationsbygning, behandlingsbygninger med 400 sengepladser, en funktionærbygning, en isolationsafdeling, et lighus samt et portnerhus. Ved det valgte pavillonsystem var der også her rent fysisk tillige lagt op til en specialiseret patientbehandling, der omfattede kirurgiske og medicinske afdelinger og afsnit for hud- og kønssygdomme og sindssygdomme. Med det store antal sengepladser og den yderligere klinisk afdelingsopbygning kom Frederiksberg Hospital i omfang og behandlingskapacitet på linje med de to københavnske storhospitaller.¹⁹

I den omliggende Københavns Amtskommune udskiltes sygehusfunktionen i 1863 fra amtskommunens tvangs- og sindssygeanstalt på Københavns Nørrebro. En betydelig befolkningstilvækst og en samtidig urbanisering, der blev mere udtalt end i andre af landets amtskommuner, øgede imidlertid behovet for en større behandlingskapacitet og førte i 90'erne i

første omgang til opførelse af et mindre lokalsygehus i Lyngby og et ganske stort amtssygehus på Frederiksberg.



Frederiksbergs nye hospital i 1909 (Frederiksberg Stadsarkiv)

Sidstnævntes lokalisering var en følge af Frederiksberg Kommunes semikøbstadskommunale status, der bevirkede, at Københavns Amtskommune måtte behandle de patienter, som Frederiksberg Hospital på dette tidspunkt ikke kunne håndtere.²⁰ Amtssygehuset på Frederiksberg opdeltes fra begyndelsen tillige i specialafdelinger og måtte efterfølgende udvides af flere omgange.²¹

Med sit meget betydelige volumen og en tidlig kliniske afdelingsspecialisering kom den fremvoksende hovedstadsmetropols sygehusektor til at adskille sig markant fra den danske provins, hvor amts- og købstadskommunerne hver for sig eller i fællesskab opførte langt mindre blandede sygehuse, der tilmed behandlede alle sygdomme under ét. Hertil fjøede sig, at stigningerne i antallet af indlagte i hovedstaden fra omkring århundredeskiftet og frem til årene omkring verdenskrigen forøgedes markant mere end folketallet, og førte til en udvidelse af hospitalsforbruget (målt som indlagte pr. 1.000 indbyggere) på 50 procent. Bag lå:

Dels at hovedstadskommunerne på dette tidspunkt udvidede hospitalsudbuddet i form af førnævnte nye mindre hospitaler og to nye storhospitaler på Bispebjerg og Frederiksberg og samtidig gennemførte en efter tidens standard ganske betydelig specialisering af behandlingen. Dels at en stadig større andel af hovedstadens befolkning, i kraft af statstilskud til sygekasserne og periodens reallønstigninger, økonomisk blev i stand til at blive medlem af sådanne kasser. Afgørende for at flere dermed kunne modtage hospitalsbehandling til en stadig lavere egenbetaling og på den måde kunne bidrage til det forøgede hospitalsforbrug.

Velfærdsfaktorer, som endelig trak hovedstadens hospitalsvæsner ud af natvægterstatens sidste skygger og samtidig bevirkede, at det store både hospitalsudbud- og forbrug blev ganske ensartet i begge af hovedstadens to kommuner. Et af elementerne i de velfærdskommuner, som hovedstadens socialdemokratisk-radikale flertal så som en videreudvikling af socialhjælpsstaten.²²



Københavns Amtssygehus på Frederiksberg, u.å. (Frederiksberg Stadsarkiv)

De første strukturudfordringer

Selv der i den fremvoksende hovedstadsmetropol i den sidste del af det 19. århundrede og i de første årtier af det følgende opbyggedes en i forhold til det øvrige land i volumen og behandlingsspecialisering meget betydelig sygehussektor, blev den allerede fra starten kendetegnet regionale strukturudfordringer. En følge at sygehusopgaven i samme metropol ukoordineret blev overladt til tre kommunale sygehusaktører. Ikke blot en irrationel anvendelse af de ressourcer, som aktørerne i samme metropol hver især anvendte på opgaven, men også med et regionalt ujævnt behandlingstilbud til følge.

Mens Københavns Kommune med sit store befolkningsvolumen og differentierede erhvervsliv frem til århundredskiftet havde ressourcer til at opbygge et omfattende sygehusvæsen, holdede behandlingsniveauet efter på Frederiksberg Kommunes og Københavns Amtskommunes sygehuse. På Frederiksberg som resultat af den nærmest eksplosive overgang fra land til storby i hovedstaden. I amtskommunen en følge en stadig større befolkningstilvækst- og tæthed og de stationsbyer og forstadsdannelser, som skød op udenfor hovedstaden.

Med den konsekvens, at sygehusopgaven blev stadig større, på samme tid, som både Frederiksberg Kommune og Københavns Amtskommunes med færre økonomiske ressourcer end Københavns Kommune måtte varetage stadig flere af de omkostningstunge kommunale opgaver, der fulgte af urbaniseringen. En udfordring, der forstærkedes af den, der var indlejret i den tidlige hovedstadsmetropolens kommunale struktur.

Kommunalstrukturelt var det en regionsudfordring, at Københavns Amtskommune, som følge af Frederiksbergs delvise købstadskommunale status, formelt skulle varetage alle amtskommunale opgaver, herunder sygehusopgaven, på Frederiksberg. Selv om Frederiksberg Kommune reelt havde løftet en betydelig del af den amtskommunale sygehusopgave i takt med byens befolkningsvækst, nåede dens hospitalsvæsen langt fra det københavnske niveau og blev i 90'erne en udfordring for både kommunen og amtskommunen.

Hovedstadsmetropolens statslige og privat-selvejende hospitaler

Rigshospitalet, der havde rødder tilbage til Det kongelige Frederiks Hospital fra 1700-tallet, blev i 1910 efter åbningen af det nye Rigshospital, et nyt meget omfattende hospitalskompleks baseret på pavillonsystemet på indre københavnske Nørrebro, fortrinsvis et landsdækkende specialsygehus, der siden udbyggedes i 30' og 50'erne, og samtidig blev universitetshospital. Omkring 1960 omfattede Rigshospitalet over 1.100 sengepladser og blev i perioden 1970-1978 ombygget til en ny hospitalsenhed med et 16-etagers centralkompleks og et lavede sydkompleks planlagt til 2.400 sengepladser og tæt ved 100 afdelinger. Rigshospitalet indgik i Hovedstadens Sygehusfællesskab i 1995 og overgik til Region Hovedstaden i 2007.

Militærhospitalet havde rødder tilbage til 1600-tallet, men blev i 1928 et samlet hospital for forsvaret med nye bygninger tæt ved Rigshospitalet. Hospitalet blev udvidet ad flere omgange; senest ved et meget betydeligt byggeri i 50'erne. Omkring 1970 rummede det omkring 400 sengepladser, hvoraf en del indgik i Rigshospitalets neurokirurgiske afdeling. Militærhospitalet overgik 1963 til Rigshospitalet, men afvikledes som hospitalsenhed i år 2000.

Nordvang åbnedes i 1960 som psykiatrisk statshospital i Glostrup, som følge af mangel på behandlingstilbud i de hastigt voksende metropolforstæder. Hospitalet delte tunnelsystem, varmeanlæg og centralvaskeri med KAS Glostrup og overgik til Københavns Amtskommune i 1976 og til Region Hovedstaden i 2007.

Dronning Louise Børnehospital, Københavns Østre Voldkvarter, blev oprettet 1850, men med nye bygninger fra 1879, der siden blev udvidet ad flere omgange. Selv om hospitalet var en selvejende institution, blev efterhånden en overvejende del af driften dækket af statstilskud og de midler, der fra Københavns Kommunes indlæggelsesret. Omkring 1970 havde hospitalet 170 sengepladser, men afvikledes 1971, hvorved funktionerne overførtes til Rigshospitalet.

Sankt Josephs Hospital, Københavns indre Nørrebro, åbnedes 1872 og blev siden udvidet og tilbygget. Hospitalet fik med tiden medicinske og kirurgiske afdelinger, fødeafdeling og afdelinger for før øre-, næse- og øjenssygdomme. Trods sin status som selvejende institution visiteredes fra 30'erne ikke mindre end tre fjerdedele af hospitalets patienter fra Københavns hospitalsvæsen. Omkring 1970 havde institutionen 335 sengepladser. Efter hospitalets nedlæggelse blev det overtaget af Københavns Kommune og anvendt til plejehospital indtil den endelige afvikling i 2005.

Sankt Elisabeths Hospital, Sundbyerne, oprettedes i 1905 og blev siden udbygget ad flere omgange, hvorved der indrettedes en medicinsk og kirurgisk afdeling. Omkring 1960 havde hospitalet 160 sengepladser, men blev 1970 overtaget som lokalhospital for Københavns Amtskommunes patienter på den ikke københavnske del af Amager. Hospitalet blev ved en sammenlægning med Sundby Hospital til Amager Hospital under Hovedstadens Sygehusfællesskab i 1997. Overgik herefter som en del af Amager Hospital i 2007 til Region Hovedstaden, som dog efterfølgende afhændede Sankt Elisabeths Hospital.

Finseninstituttet blev oprettet 1886 med henblik på lysbehandling af forskellige sygdomme. Flyttedes til Københavns indre Østerbro i 1901 og blev siden udvidet betragteligt, hvorved der bl.a. opførtes en hospitalsafdeling i 1919 og en radiumstation i 1922. Herudover kom institutionen til at omfatte en kirurgisk og otologisk afdeling. Trods sin stilling som selvejende institution fik staten i stigende grad hovedindflydelsen i dens ledelse som følge af de stadigt stigende statstilskud, ligesom der i betydelig grad henvistes patienter hertil fra hovedstadsmetropolens kommunale hospitalsvæsen. Omkring 1960 havde institutionen 350 sengepladser, men overførtes til Rigshospitalet i 1981, hvorefter bygningskomplekset overgik til anden anvendelse.

Det ortopædiske Hospital, ydre Østerbro, oprettedes 1935 af Samfundet og Hjemmet for Vanføre. Med status af særfororgsinstitution opnåede hospitalet tilskud fra både staten og hovedstadskommunerne. Det fik ud over en række genoptræningsfunktioner en operationsafdeling og en sengeafdeling og omkring 1970 225 sengepladser. Behandlingsfunktionen overførtes 1978 til Rigshospitalet, hvorefter bygningerne blev omdannet til plejehjem.

Diakonissestiftelsen blev oprettet 1863 og etableredes på Frederiksberg i 1875. Hospitalsdelen udvidedes betydeligt gennem en meget lang årrække og kom til at omfatte en kirurgisk, to medicinske og en gynækologisk afdeling samt en fødeafdeling. Institutionen havde omkring 1970 300 sengepladser. Hospitalsfunktionen, der i væsentlig grad blev finansieret af indlæggelser fra hovedstadens og Københavns Amtskommunes hospitalsvæsen, afvikledes gradvist, hvorefter institutionen baserede sin drift på overvejende offentligt tilkøbte sundheds- og plejeydelser.

Sankt Lukas Stiftelsen oprettedes 1886 med bygninger i Hellerup i 1917 og fik senere en fysiurgisk, kirurgisk gynækologisk og øre-, næse- og halsafdeling. Omkring 1970 rummede stiftelsen 200 sengepladser og modtog et stort antal patienter fra hovedstadens og Københavns Amtskommunes hospitalsvæsen. Hospitalsfunktionen afvikledes gradvist gennem 80'erne, hvorefter institutionen fortrinsvis leverede offentligt tilkøbte plejeydelser.²³

Netop da Frederiksbergs befolkningstilvækst og industrielle omstilling i dette årti blev særlig stærk, kommunens hospitalsvæsen ikke kunne håndtere det stigende antal indlæggelser, der fulgte heraf, og i stigende grad måtte indlægge de patientkategorier på amtssygehuset, som det faktisk var berettiget til. For Københavns Amtskommune en yderligere belastning af økonomien i forhold til de stadig stigende udgifter, som den samtidig stod overfor i takt disse års forstærkede urbanisering.

En amtskommunal ubalance, der i år 1900 førte til Frederiksbergs udskillelse af Københavns Amtskommune og opnåelse af fuld købstadskommunal status. Sammen med de forbedringer af kommunaløkonomien, der fulgte med tidens befolknings- og erhvervstilvækst, forudsætningen for, at det nye Frederiksberg Hospital i de følgende år fik et i forhold til folketallet større sygehusudbud end det københavnske hospitalsvæsen, men med en tilsvarende høj behandlingsspecialisering.

Skønt Københavns Amtskommune ved århundredskiftet frigjordes for de amtskommunale opgaver på Frederiksberg, stod den fortsat tilbage med det problem, som sygehusbetjeningen i stigende grad kom til at udgøre i takt med de yderligere forstadsdannelse, der fandt sted i dens område i de følgende tiår. En udfordring, der forblev regional, da amtskommunens sygehusudbud fortsat ikke svarede til områdets stigende sygehusforbrug, hvorved sygehusbetjeningen her kom til at adskille sig markant fra hovedstadens. Hertil kom, at amtskommunens største sygehus ikke havde samme specialiseringsniveau som hovedstadshospitalernes, og med sin historisk betingede beliggenhed på Frederiksberg lå adskillige kilometer fra det stadig tættere bebyggede forstadsområde, det skulle betjene. Et område, hvor ejendomspriserne blev stadig højere og i sig selv udgjorde en barriere for erhvervelse af en tilstrækkelig stor byggegrund til et nyt amtssygehus.

Samlet blev hele den fremvoksende hovedstadsmetropol i tiden omkring første verdenskrig forsat kendetegnet af et usammenhængende og ukoordineret sygehusvæsen med betydelige regionale forskelle i sygehusbehandlingstilbuddet. En udfordring både i forhold til regionale rammebetingelser for metropolens funktion som en byregion i henseende til opretholdelse af arbejdskraftens produktionsevne og den betydning, som socialhjælpsstaten tillagde forbedrede levevilkår. En regionsudfordring, der ikke blev mindre af, at hovedstadsmetropolen udover hovedstadskommunernes og Københavns Amtskommunes sygehuse tillige omfattede Rigshospitalet, statslige militærhospitaler og et større antal privat-selvejende betalingshospitaler for den del af befolkningen, der havde økonomiske muligheder for her at modtage den fulde brugerbetalte behandling.²⁴

Tidlig velfærdsstat og samordningsforsøg – mellemkrigstid og 40'erne

Med hovedstadsmetropolens udbygning i mellemkrigstiden og 40'erne og den samtidige dannelse af en tidlige velfærdsstat, der tillige fik et udvidet regionalt aktionsfelt, ekspanderede metropolens sygehussektor på samme tid som dens regionale strukturelle udfordringer forstærkedes.

De store sammenhænge

Trods mellemkrigstidens og 40'ernes tilbagevendende økonomiske kriser fortsatte industrialiseringens urbanisering og dermed også hovedstadsmetropolens vækst, der i midten af det 20. århundrede bragte dens folketal op på 1,2 mio. indbyggere.

Hovedstadsmetropolens udbygning

Med kapitalkræfternes forandrede lokalisering af realkapitalen tog hovedstadsmetropolens urbane transformationsproces i perioden samtidig en ny drejning, der ændrede metropolens udvikling som en byregion. Centralbyen med dens bestemmende administrativ- og servicemæssige virksomhed

bredte sig fra Københavns indre by og ud til de nærmeste liggende dele i det første bylag (de indre dele af de københavnske og frederiksbergske bro- og bykvarterer), samtidig med at hovedstadens yderste tredje bylag (dens yderdistrikter) blev udbygget med nye bolig- og industriområder. Hovedstaden opnåede dermed i midten af århundredet et folketal på 900.000 indbyggere samtidig med, at det omliggende koncentriske forstadsbælte på samme tid kunne notere et samlet befolkningsvolumen på 300.000 indbyggere.

Et 5-10 km bredt og sammenbygget forstadsbælte, der i mellemkrigstiden og 40'erne kom til at stække sig fra Øresundskysten i nordøst til Køge Bugt i sydvest, og som overvejede omfattede boligforstæder. Dog således at ældre og i perioden ekspanderende tidligt udflyttet hovedstadsindustri i de oprindelige stationsbyer Glostrup og Lyngby og i Tuborgs havneområde i Hellerup inkorporeredes i den stedlige forstadsdannelse. Med udlægget af et stort industriområde i Gladsaxe og en hertil betydelig industrilokalisering i slutningen af perioden, indvarsledes dermed samtidig en mere vidtgående industriudflytning fra hovedstaden til forstæderne.

Hovedstadsmetropolens udviklede sig dermed i perioden til en byregion med fire funktionelt forskelligartede byenheder: Centralbyen, de omliggende bylag med industri- og boligområder, boligforstæder og industri- og boligforstæder. Byenheder, der blev sammenbundet ved interaktion mellem disse i henseende til produktionsfaktorernes bevægelighed og lokalisering, arbejdskraftspendling og vare- og tjenstemobilitet inden for samme region. En byregion, som samtidig blev socialt segregeret i dens enkelte byeneder (som en funktion af forskelle i boligstørrelse og boligbebyggelsers karakter) og regionalt i dens forstadsdel i form af faldende social status i et halvcirkelsalg fra Øresund til Køge Bugt.²⁵

Den tidlige velfærdsstat

Med mellemkrigstidens og 40'ernes tidlige velfærdsstat fik stat og kommune et yderligere udvidet aktionsfelt. Som følge af dels et socialt sikrende, men også omfordelende og alment levevilkårsforbedrende velfærdssystem med en bred vifte af sikringsydelse og nye institutions- og servicetilbud, dels tilvejebringelse af et sæt af almene produktionsbetingelser, dels dybere samfundsregulerende indgreb.

Skønt den tidlige velfærdsstats udvidede aktionsfelt i det væsentligste kunne håndteres på lokalkommunalt niveau, fik dette en betydelig regional dimension. Det gjaldt de dele af velfærdssystemet, der omfattede det forstærkede sygehusbyggeri med specialafdelinger, den offentlige gymnasieskole og de dele af fritidstilbuddene, der havde en nær kobling til naturfredningsmæssige indgreb. Hertil kom udbygning og modernisering af landeveje, banedrift, sporvogns- og busstrafik, forsynings- og kommunikationssektoren samt spildevandshåndteringen.

Et sæt af funktioner, der var regionale, da de berørte større geografiske områder, havde en betydelig omkostningstyngde, krævede et større befolkningsgrundlag og var afgørende for de almene produktionsbetingelser, der var forudsætningen for økonomiske vækst og dermed for den tidlige velfærdsstat og reallønnens sikring og vækst.²⁶

Den ekspanderende sygehussektor

Da en del af de københavnske hospitaler var opført i slutningen af det forrige århundrede, og byens kommunale hospitalsvæsen med den fortsatte befolkningstilvækst stod med tiltagende problemer som overbelægning og ventelister, gennemførtes i mellemkrigstiden og 40'erne en række moderniseringer og udvidelser af de eksisterende hospitaler og en del nybyggeri. På det ældste af byens storhospitaler, Kommunehospitalet, førte moderniseringer og ombygninger til et betydeligt

løft, samtidig med at der kunne oprettes specialafdelinger for gynækologi, organ- og øjenkirurgi, neurolog, psykiatri og øje-, øre-, næse- og halssygdomme.

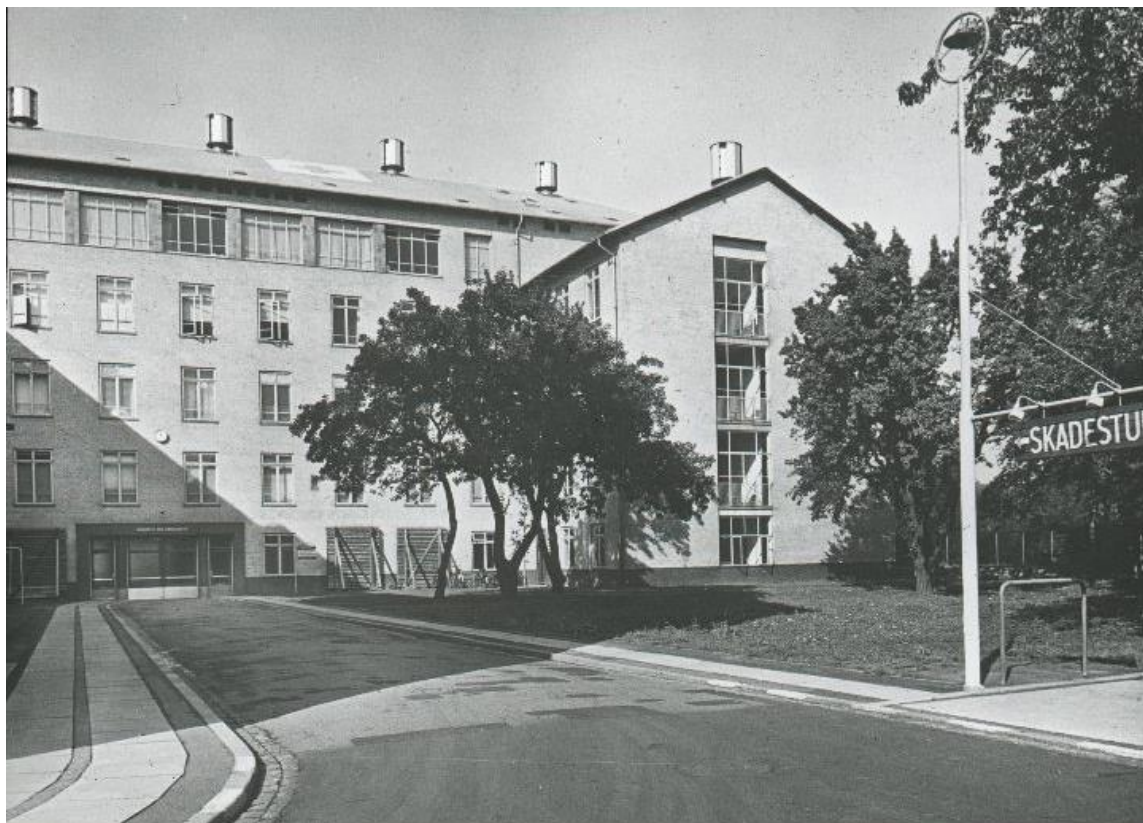


Bispebjerg Hospital i 1942 (Københavns Stadsarkiv)

Mest gennemgribende blev om- og nybygningsarbejderne på det yngre storhospital på Bispebjerg, hvor der bag de ældre tre pavillonrækker opførtes både en treetagers blok og en lige så høj bygning; dog med en noget mere isoleret beliggenhed ud til Tuborgvej. Med de to nye ganske betydelige hospitalsbygninger kunne der indrettes en ny meget stor organkirurgisk afdeling i den ene og en psykiatrisk i den anden.

Ved Avnstrup, mellem Roskilde og Ringsted, opførtes samtidig et nyt TB-sanatorium, mens der på Sankt Hans i Roskilde over flere omgange gennemførtes betydelige udvidelser af det i forvejen meget store psykiatriske hospitalskompleks, der tillige kom til at disponere over det tidligere Boserup Sanatorium efter færdiggørelsen af bygningerne i Avnstrup. Til efterbehandling i forlængelse af lange hospitalsindlæggelser oprettedes desuden et større antal rekonvalescenshjem under hospitalsvæsenet, hvis øvrige mindre hospitaler samtidig undergik en række moderniseringer og ombygninger.

På Balders Hospital indrettedes afdelinger for psykiatri og hud- og kønssygdomme, Øresundshospitalet omdannedes alene til behandling af lungesygdomme, og dermed også TB, og et nyt lille hospital i en ældre bygning på Forchammersvej på Frederiksberg kom til at omfatte afdelinger for gynækologi. Samtidig undergik Sundby Hospital en større om- og udbygning, således at der her kunne etableres en ny medicinsk og kirurgisk afdeling samt en øre-, næse- og halsafdeling.²⁷



Den omfattende udvidelse af Frederiksberg Hospital i slutningen af 30'erne (Frederiksberg Stadsarkiv)

Helt tilsvarende udvidelser som på de københavnske hospitaler gennemførtes i perioden på Frederiksberg Hospital. Allerede i 1920 havde hospitalet fået sin egen selvstændige sygeplejeskole, og i 34 flyttede TB-stationen på Falkoner Allé ind på hospitalet. På dette tidspunkt havde Frederiksberg Hospital 700 sengepladser, men da det efterhånden ikke kunne stå mål med byens befolkningstilvækst og kravene til en velfærdskommunes sundhedsmæssige og sociale institutioner, gennemførtes i den sidste halvdel af 30'erne meget omfattende udvidelser i form af:

En ny stor femetagers hospitalsbygning ud mod Godthåbsvej, der havde en størrelse, som svarede til de største nye centralsygehuse i provinsen, og omfattede en røntgen-, lys- og badeafdeling, en øjenafdeling, en ny stor og moderne operationsafdeling samt et stort antal sengestuer, der bragte hospitalets samlede antal sengepladser over 1.000. Desuden etableredes underjordiske tunneller mellem den nye bygning og de gamle hospitalsbygninger samt indbyrdes mellem disse afdelinger. Herudover fulgte en ny skadestue og betydelige moderniseringsarbejder.²⁸

Med den betydelige forstadstilvækst i Københavnske Amtskommune og Frederiksberg Hospitals overtagelse af den fulde behandling af frederiksbergske patienter blev det udsigtsløst at udvide amtssygehuset på Frederiksberg. Da den velhavende Gentofte Sognekommune for selv at opføre et sygehus i 1912 havde erhvervet et stort trekantet areal mellem Kildegårdsvej og Niels Andersens Vej i det ydre Hellerup, og var parat til at skænke grunden til amtskommunen, var det på forhånd givet af dens nye sygehus fik denne beliggenhed.

I første omgang rejstes i 1927 Københavns Amtssygehus i Gentofte (KAS Gentofte) med en administrationsbygning og en bagvedliggende blok med 300 sengepladser med en medicinsk og kirurgisk afdeling. Med det treetagers kompleks blev korridorsystemet, lige som ved nybyggerierne

i hovedstaden, også her på ny anvendt og brød med det pavillonsystem, der havde været fremherskende omkring århundredskiftet. Det nye amtssygehus fik dog færre store fællesstuer og flere tosengsstuer, hvilket var en nyskabelse.

Som konsekvens af den stærke forstadstilvækst måtte KAS Gentofte udbygges, og allerede i 1936 opførtes bag den første blok fra 27 en helt tilsvarende, hvor der etableredes yderligere en medicinsk og kirurgisk afdeling. Et byggeri, der i 1939 efterfulgtes af en yderligere (nu firetagers) blok bag den anden, og mellem hvilke der samtidig rejstes en forbindende fløj med enestuer. Ved disse udvidelser nåede KAS Gentofte op på 900 sengepladser, hvilket gav mulighed for: Dels at indrette yderligere afdelinger, bl.a. for øjensygdomme, anatomi, børnesygdomme og gynækologi. Dels at sælge det gamle amtssygehus på Frederiksberg til byens kommunale hospitalsvæsen.²⁹



Den første del af Københavns Amtssygehuse i Gentofte i 1927 (Gentofte Lokallistoriske Arkiv)

En af velfærdsstatens søjler

Med de omfattende udvidelser og yderlige specialiseringer, der i mellemkrigstiden og 40'erne kendetegnede hovedstadsmetropolen, ydede dens kommunale syge- og hospitalsvæsnere sit bidrag til, at sygehussektoren gled ind som en af de bærende søjler i den tidlige velfærdsstats velfærdssystem. Et bidrag som ikke blot var en følge af metropolens voksende og store befolkningens volumen, men også et udtryk for de bestræbelser, som navnlig hovedstadskommunerne gjorde for at udvikle disse til velfærdskommuner. Forhold, der bevirkede, at det ganske omfattende og tidligt specialiserede kommunale hospitalsvæsen, der allerede var opbygget i hovedstaden før første verdenskrig, videreudvikledes i samme spor i de følgende tre årtier.

Forudsætningen for at periodens antal indlæggelser i hovedstaden forsat forøgedes mere end væksten i folketallet, hvorved hospitalsforbruget voksede betydeligt og kom til at ligge højere end i

landet som helhed. Det forhold, at sygekassemedlemskab i realiteten gjorde sygehusbehandling vederlagsfri, hovedstadens betydelige tæthed af praktiserende læger og stadig større andel af ældre samt den kortere liggetid, der fulgte af de forbedrede og specialiserede behandlingsformer, medvirkede hertil.

Hertil kom, at antallet af sengepladser øgedes betragteligt og mere end væksten i folketallet, hvilket bevirkede, at hospitalsudbuddet blev forøget og lagde sig over landsgennemsnittet. Tilgangen af nye mindre hospitaler, udbygninger af og yderligere specialisering på de øvrige hospitaler og ikke mindst storhospitalerne på Bispebjerg og Frederiksberg, var afgørende for det udvidede hospitalsudbud og dermed også for det øgede hospitalsforbrug.

Københavns Amtskommunes kraftige befolkningstilvækst og åbning og siden udvidelse af det fra starten specialiserede KAS Gentofte førte i perioden samtidig her til meget betydelige stigninger i antal sengepladser og indlagte. Hermed forøgedes sygehusforbruget og- udbuddet betragteligt, dog uden at komme op på samme niveau som i hovedstaden og i landet som helhed. Et forhold, der udsprang af et lavere aldersgennemsnit i forstæderne og en mindre sygelighed blandt det velstillede befolkningssegment i de allerede ganske udbyggede Nordforstæder, men som efterhånden i perioden udfordredes af den yderligere forstadstilvækst.³⁰

Indlæggelsesaftalesystemet

Med henblik på en klinisk specialisering og dermed en bedre patientbehandling blev mellemkrigstiden og 40'erne på landsplan kendetegnet af en stigende centralisering af sygehusfunktionerne. I form af en begyndende nedlæggelse af mindre sygehuse og etablering af mindst et nyt centralsygehus i hver af landets amtskommuner.

Som følge hovedstadsmetropolens fragmenterede kommunalstruktur, dens dermed tre autonomt agerende sygehusaktører og manglen på et regionalt organ, der lå over det amtskommunale niveau, kunne denne landsomfattende centraliserings- og effektiviseringsmodel ikke overføres til metropolten. Til gengæld udvikledes et betydeligt regionalt samvirke mellem dens kommunale hospitalsvæsener, privat-selvejende hospitaler og Rigshospitalet.

Et samvirke, der udsprang af Københavns Kommunes og Københavns Amtskommunes sygehusvæsener i 30' og 40'erne kom til at stå overfor et yderligere behov for sengepladser på trods af den meget betydelige vækst kapaciteterne på både KAS Gentofte og de udvidede københavnske kommunehospitaler. Et behov for sengepladser, der generedes af de ovennævnte faktorer, men modsvarede af: Dels det ganske betydeligt hospitalsudbud, som Frederiksberg Kommune opnåede som følge af byens efterhånden mere afdæmpede befolkningstilvækst, og de samtidige meget omfattende udvidelser af Frederiksberg Hospital. Dels sengekapaciteterne på Rigshospitalet og hovedstadsmetropolens øvrige statslige og privat-selvejende hospitaler.

Grundlaget for at hovedstadsmetropolens kommunale hospitalsvæsener i disse årtier indgik: Dels multilaterale indlæggelsesaftaler med henblik på en mere rationel udnyttelse af metropolens samlede kommunale behandlingsskapacitet. Dels bilaterale indlæggelsesaftaler med metropolområdet og øvrige hospitaler.

Københavns hospitalsvæsen fik således indlæggelsesret på Frederiksberg Hospital og samtlige af hovedstadens privat-selvejende hospitaler og på Rigshospitalet, mens Københavns Amtskommune indgik aftaler om indlæggelse af amtskommunens patienter på Diakonissestiftelsen, Roskilde

Amtskommunes sygehuse og på Rigshospitalet. For sidstnævntes vedkommende med den konsekvens, at det landsdækkende universitetshospital i højere grad blev en del af hovedstadsmetropolens sygehussektor.

Provinsygehusene

Selv om områderne uden for den daværende hovedstadsmetropol endnu ikke var blevet en del af byregionen, blev befolkningstilvæksten her dog så betydelig, at der i nogle af købstadskommunerne i købstadsringen blev rejst relativt store sygehuskomplekser.

Da de mindre amtssygehuse i hovedstadsmetropolens provinsopland behandlingsmæssigt var blandede institutioner, blev disse i overensstemmelse med de bestræbelser, der i 20'erne udgik fra Sundhedsstyrelsen, opdelt i medicinske og kirurgiske afdelinger, og da nye behandlingsspecialer begyndte at gøre sig gældende, blev disse på ny på initiativ fra styrelsen samlet på de to amtskommuners største sygehuse. I 1943 kunne Frederiksborg Amtskommune og Hillerød Købstadskommune således åbne et nyt ganske stort centralsygehus i den daværende udkant af Hillerød opdelt i en række kliniske afdelinger og omfattende 160 sengepladser. Med overtagelsen af Roskilde Kommunes epidemisygehus i 1930 blev det samlede sygehus i byen herefter drevet af Roskilde Amtskommune og købstadskommunen i fællesskab og undergik siden en række udvidelser, således at det med 100 sengepladser reelt kom til at fungere som centralsygehus for Roskilde Amtskommune, selv det aldrig formelt fik denne betegnelse eller status.



Centralsygehuset i Hillerød i 1943 (Lokalhistorisk Arkiv, Hillerød)

Trods de større sygehuse i hovedbyerne i de to amtskommuner gennemførtes enkelte udvidelser af lokalsygehusene. I mellemkrigstiden fik Frederikssund i samarbejde med købstadskommunen et amts- og bysygehus med 63 sengepladser, mens de små sygehuse i Køge og Esbønderup opdeltes i medicinske og kirurgiske afdelinger. Med en mindre udvidelse nåede Usserød Amtssygehus i det stadig mere forstads-lignende Hørsholm op på 85 sengepladser og blev dermed det største lokalsygehus i hovedstadsmetropolens yderområde.³¹



Roskilde centralsygehus, ca. 1940 (Roskilde Arkiverne)

For de privat-selvejende hospitaler førte disse aftaler og den samtidige integration i metropolens samlede hospitalssektor til en kraftig tilvækst i antal sengepladser og indlagte, hvorved deres andel af metropolens samlede antal sengepladser og indlagte forøgedes på bekostning af det københavnske hospitalsvæsens mindre andel af samme. På Frederiksberg resulterede sygehusaftalesystemet i en højere udnyttelse af kommunens betydelige hospitalsudbud og i en betragtelig forøgelse af antal indlagte på Frederiksberg Hospital. Som følge af aftalesystemet var henholdsvis 12 procent og en femtedel af det totale antal sengepladser, som Københavns Kommunes og Københavns Amtskommunes sygehusvæsener hver for sig disponerede over i midten af århundrede, placeret uden for disse væseners egne hospitaler og sygehuse.

Dermed en mere hensigtsmæssig udnyttelse af hovedstadsmetropolens samlede regionale sygehuskapacitet, der sammen med samtidige sygehusbyggerier- og udvidelser i perioden stærkt forbedrede sygehussektor i metropolen som helhed. I selve hovedstaden medvirkede til en yderligere ensartethed i behandlingstilbuddene, hvis niveau Københavns Amtskommunes sygehusvæsen imidlertid ikke nåede på højde med.

Som udgangspunkt stod Københavns Amtskommunes sygehusvæsen tilbage i forhold til de kommunale hovedstadshospitaler, og havde dermed et langt mindre sygehusudbud, som udgjorde en regional udfordring i forhold til ensartetheden i metropolens samlede sygebehandlingstilbud. Til gengæld opnåede amtskommunen i 30' og 40'erne efterhånden et sygehusudbud, der begyndte at komme i nærheden af hovedstadens. En følge af netop indlæggelsesaftalesystemet og etableringen og den senere udbygning af KAS Gentofte.

Ikke desto mindre lå det kvantitative sygehusudbud på KAS Gentofte i slutningen af 40'erne stadig under det hospitalsudbud, der blev stillet til rådighed på de kommunale hospitaler i hovedstaden og i landet som helhed. Et misforhold, som forstærkedes af den utilstrækkelige sygehusbetjening, der ydedes i de stadig større forstæder, der op gennem det 20. århundredes første halvdel voksede frem på det ydre Amager og på Vest- og Nordvestegnen.

Ved den ensidige udbygning af KAS Gentofte tilsidesatte Københavns Amtskommune et meget klart udtrykt ønske fra Vestegnskommunerne om en lokal sygehusfunktion. Det blev således en stadig mere udtalt regional udfordring, at en stadig større andel af Københavns Amtskommunes befolkning blev bosiddende i forstæder, hvorfra der var betydelige afstande og besværlige trafikforbindelser til amtskommunens eneste sygehus i velhaverforstaden Gentofte.

Amtskommunens indlæggelsesaftaler med andre af hovedstadsmetropolens sygehuse og hospitaler mindskede dog ikke dette problem, da der fra Amager og Vest- og Nordvestegnen også til disse institutioner var betydelige afstande og ofte utilstrækkelige trafikforbindelser. Hertil kom, at indlagte patienter på KAS Gentofte fra de øvrige forstadsområder ofte følte, at der blev set ned på dem både fra personalets side og medpatienter, der kom fra Nordforstæderne.

Skønt der med indlæggelsesaftalesystemet i 30' og 40'erne opnåedes en mere rationel udnyttelse af hovedstadsmetropolens samlede sygehusressourcer, blev det en udfordring, at en stadig større del af metropolens patienter indlagdes på sygehuse fjernt fra deres bopæl. Indlæggelsesaftalesystemet var desuden et udtryk for de regionale udfordringer, der var indlejret i metropolens fragmenterede sygehussektor. Kendetegnet ved kommunale, statslige og private sygehusaktører, der ud fra egne ressourcer og interesser hver for sig drev og udbyggede sine sygehuse uden hensyn til metropolens samlede regionale behandlingsbehov.

Indlæggelsesaftalesystemet og de betydelige udvidelser af sygehussektorens bygningsmasse og specialiseringsgrad, kunne således ikke rette op på, at det regionale sygehusudbud i mellemkrigstiden og 40'erne forblev ujævnt. En udfordring for en regional ensartet sygdomsbehandling af arbejdskraften og metropolbefolkningen som helhed og dermed for både hovedstadsmetropolens byregionale funktion og for det betydelige løft, som i perioden kendetegnede metropolens sygehussektor som helhed. Dermed en af de regionale problemstillinger, som karakteriserede hovedstadsmetropolen i perioden, men som i andre vesteuropæiske metropoler løstes gennem regionale kommuneforbund eller storkommuner omfattede hele metropolområdet.³²

Universalistisk velfærdsstat og planløshed – den første efterkrigstid

Vækst blev en dækkende betegnelse for stort set alle samfundsforhold i den første efterkrigstid. Tiden fra midten af det 20. århundrede frem til de første år af 70'erne bød bl.a. på vækst i hovedstadsmetropolens geografiske og befolkningsmæssige volumen, i de offentlige udgifter med opbygningen af den universalistiske velfærdsstat og i metropolens sygehussektor. En vækst i denne sektor, som med periodens væksteufori nærmest løb løbsk.

De store sammenhænge

Med et yderligere industrielt gennemslag og en kraftig økonomisk vækst i den første efterkrigstid øgedes hovedstadsmetropolens folketal til 1,7 mio., samtidig med at den på ny undergik en gennemgribende urban transformationsproces.

Den store hovedstadsmetropol

Som følge af hovedstadens udfyldning og fortætning og de ulemper, der dermed opstod her, lokaliserede kapitalen industriinvesteringer til der, hvor fordelene nu var størst: De resterende friarealer i de ældre koncentriske forstæder, der fik en endnu større udbredelse, og til hovedparten af de nye forstæder, som fra det ældre forstadslag bredte sig som lange radiale bybånd, der længst ude smeltede sammen med den omliggende ring af købstæder. Forstadsdannelser, som opsugede en del af hovedstadens befolkning, og for hovedpartens vedkommende fik en stadig større koncentration af fremstillingsvirksomheder. Dog på nær en mindre del af forstæderne (navnlig de ældre), hvor de høje jordpriserne ikke var tillokkende for industriinvesteringer. Disse forstæder forblev eller blev dermed i større eller mindre grad boligbyer for den arbejdskraft, der beskæftigedes i både industritunge forstæder og hovedstaden.

I hovedstadens område så kapitalen samtidig i stigende grad fordele ved at udvide de servicemæssige og administrative investeringer. I takt med hovedstadens afindustrialisering og affolkning konverteredes den således i stadig større omfang til at varetage de servicemæssige og administrative funktioner som centralby i hovedstadsmetropolen. Funktioner, der forsat var rammesættende for investeringer, vareproduktion, arbejdskrafts anvendelse og privat og offentlig service, ikke blot i hovedstadsmetropolens periferi af forstæder, men også på landsplan.

Op gennem den førtes efterkrigstid udvidedes hovedstadsmetropolen efterhånden til også at omfatte byenheder i dens ydere dele, der med bolig- og industriområder kom til at indgå i en periferirelation i forhold til både centralbyen og forstadsområderne. Disse ydre deles tidligere stations- og landsbyer fik karakter af pendlersatellitbyer, der med overvejende boligbebyggelser leverede arbejdskraft til de indre dele af hovedstadsmetropolen eller til byerne i områdets købstadsring. Disse blev ganske vist lokale oplandsbyer for pendlersatellitbyerne og sommerhusbyer, der i hovedstadsmetropolens udkant blev fritidsbosætningsområder for metropolbefolkningen, men orienteredes samtidig i stadig større grad mod den mere centrale del af metropolen. Dels som

leverandør af arbejdskraft til denne, dels som industrilokaliserings-områder, idet kapitalen efterhånden så større fordele ved at placere industriinvesteringerne hertil, hvor grundpriser og arbejds løn var lavere end i de mere centrale dele af metropolen.

Med den udvikling, som hovedstadsmetropolen undergik som en byregion i den første efterkrigstid, kom den til at omfatte seks forskelligartede byenheder: Dels centralbyen (hele hovedstaden: København-Frederiksberg) med dens overvejende serviceproduktionsgrundlag. Dels boligforstæder særlig på Nordegnen. Dels industri- og boligforstæder på Nordvest- og Vestegnen og ved Køge Bugt. Dels byer i købstadsringen, som omfattede bolig- og industriområder, og samtidig fungerede som oplandsbyer for hovedstadsmetropolens yderområde, der samtidig blev integreret i metropolen med: Dels pendlersatellitbyer. Dels sommerhusbyer.

Dermed en byregion, hvis byenheder, som følge af deres forskelligartede funktionalitet, indbyrdes interagerede med realkapital og arbejdskraft som mobile produktionsfaktorer, arbejdskraftspendling, fritidspendling og udveksling af varer og tjenesteydelser. Men også byregion, som i endnu højere grad blev socialt segregeret ikke blot i byhedernes enkelte dele (som funktion af forskelle i boligstørrelse og boligbebyggelsernes karakter), men også regionalt: I det nu meget udbredte forstadsområde i form af faldende social status i halvcirkelsalget fra Øresund til Køge Bugt, med lavere indkomstgrupper i pendlersatellitbyerne, som følge af de dér lavere ejendomspriser, og med mere velsituerede i sommerhusbyerne.³³

Den universalistiske velfærdsstat

Med den første efterkrigstids universalistiske velfærdsstat udvidedes stat og kommunes aktionsfelt i et hidtil uset omfang. Som følge af en massiv udbygning af velfærdssystemet, der, med sit hidtidige sigte, stillede en buket af sikringsydelser, overførselsindkomster og service- og institutionstilbud til rådighed for alle. Men også som et resultat af de yderligere almene produktionsbetingelser og regulerings- og planindgreb, som indgik i den universalistiske velfærdsstats opgaver.

I lighed med den tidlige velfærdsstat kunne også den universalistiske velfærdsstats mange nye opgaver håndteres lokalkommunalt. Dog medførte dens udvidede aktionsfelt, at flere opgaver i langt videre omfang måtte løses regionalt. Som hidtil drejede det sig for så vidt velfærdssystemet om et yderligere sygehusbyggeri, sygehusvæsenets specialisering, den offentlige gymnasieskole, særforsovsområdet og de dele af fritidstilbuddene, der var tæt forbundet med den intensiverede fredningsplanlægnings bestræbelser for at tilvejebringe flere og større friluftsområder. Af hensyn til den økonomiske vækst drejede det sig endvidere om: Opgraderingen af banedriften, sporvogns- og bustrafikken i store byer og uden for disse og forsynings- og kommunikationssektoren, den intensiverede indsats overfor spildevandsproblemerne, udlæg af motor-, hoved- og ringveje, anlæg af lufthavne samt egnsplanlægning.

Alle opgaver, der som tidligere var regionale, da de berørte større geografiske områder, var særledes omkostningsfyldte, krævede et større befolkningsgrundlag og samtidig udgjorde afgørende almene produktionsbetingelser, der i endnu højere grad blev forudsætningen for økonomisk vækst. Den universalistiske velfærdsstats fundament.³⁴

Sygehussektorens vækstårtier

Udover den central placering, som sygehussektoren fik i den universalistiske velfærdsstats velfærdssystem, stilledes hovedstadsmetropolens kommunale sygehusvæsen i den første efterkrigstid over for andre betydelige udfordringer. Som følge af en forskelligartet

befolkningsudvikling- og sammensætning i metropolens enkelte dele og de krav, som den fortsatte lægevidenskabelige og behandlingsteknologiske udvikling fordrede.

Baggrunden for at der i perioden genereredes en meget betydelig tilvækst i hovedstadsmetropolens samlede sygehusudbud og -forbrug. En udvikling, der førte til en kraftig vækst i samtlige af sygehussektorens vækstparametre og medvirkede til, at metropolen også på dette område kom til at afvige yderligere fra det øvrige land. En national særegen position, som var betinget af hovedstadsmetropolens højere lægetæthed, relativt større sygehusudgifter og de særlige funktioner, som hospitalerne her havde i forhold til klinisk undervisning af lægestuderende og behandling af ”udenbys” patienter.

Hovedstadskommunerne

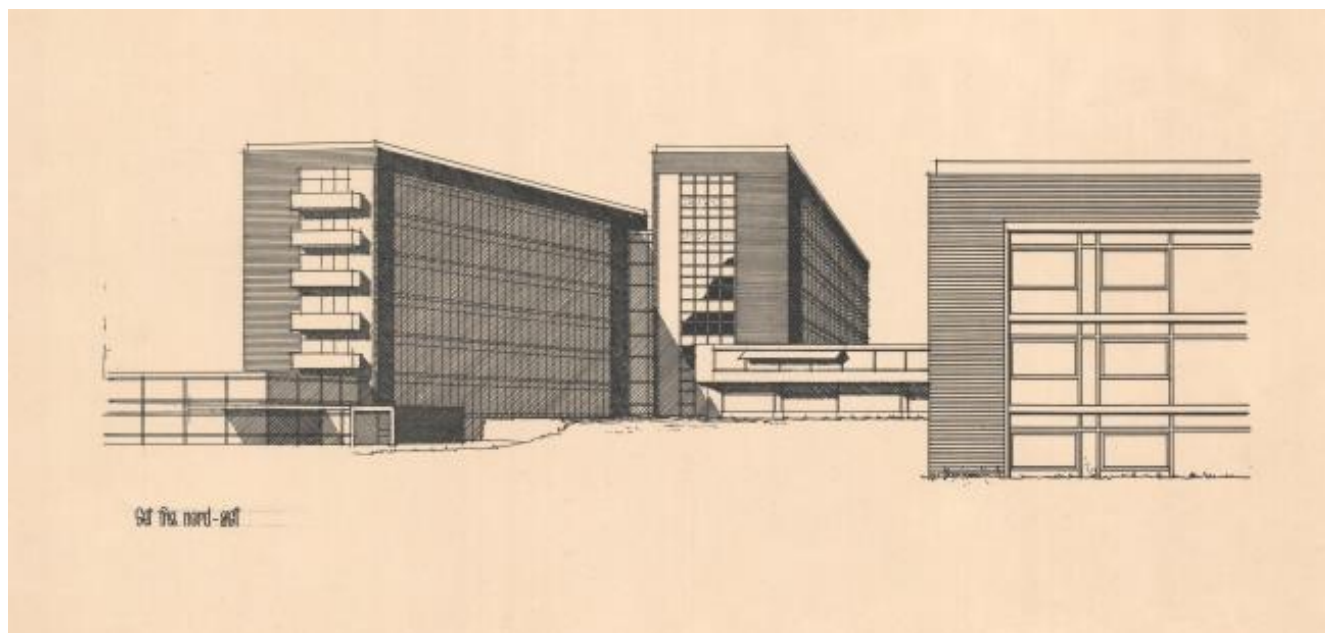
Selv om Københavns folketal frem til 1970 reduceredes med næsten en femtedel, øgedes behovet for sygehusbehandling som følge af, at både den tilbageværende befolkning i stadig større omfang omfattede ældre, socialt dårligt stillede og dermed mere behandlingskrævende grupper, og den københavnske velfærdskommunes målsætninger for et moderne hospitalstilbud. En betydelig udfordring, da det københavnske hospitalsvæsens bygningsmasse i al væsentlighed var blevet opført før første verdenskrig og større moderniseringer, udvidelser og nybyggeri før midten af århundredet helt overvejende var blevet gennemført på Bispebjerg Hospital.

Ud over de forandringer, der gennemførtes af afdelingsstrukturen på de enkelte hospitaler, blev den første efterkrigstid således kendetegnet af en række nye og betydelige moderniseringer og udvidelser på et større antal hospitaler. Samtidig hermed overgik de mindre Balders og Rudolf Bergs hospitaler til i overvejende grad at fungere som pleje- og genoptræningsinstitutioner, mens hospitalet på Forchhammersvej ophørte som behandlingssted og blev alkoholambulatorium, og Avnstrup Sanatorium afvikledes som TB-hospital og omdannedes til psykiatrisk enhed under Sankt Hans Hospital.

Som følge af, at disse bygningsarbejder og omstruktureringer i nogen grad reducerede antallet af sengepladser på de københavnske kommunehospitaler, satsedes der i første omgang på en betragtelig udbygning af det yngste af de eksisterende hospitaler, hvor der også var de nødvendige arealer til rådighed. Bispebjerg Hospital blev dermed det af Københavns kommunehospitaler, der undergik de mest omfattende udvidelser og moderniseringer, hvorved der kunne skaffes rum for en række yderligere afdelinger, bl.a. et særligt hjerteafsnit. Herudover opførtes i starten af 60'erne i hospitalets yderområde et højhuskompleks af et volumen, som svarede til mange af provinsens samtidige nye højhussygehuse med et stort antal nye sengepladser og arealer til en række nye specialafdelinger, herunder for lunge- og neurokirurgi.

Da gennemgribende modernisering af det ældre storhospital, Kommunehospitalet, måtte anses for uhensigtsmæssig i forhold til, at Københavns faldende folketal i den første efterkrigstid i særlig grad ramte den indre bydel, Voldkvarterne og de indre broer, besluttedes det i midten af 60'erne med henblik på en senere udfasning af det gamle hospital at opføre et nyt storhospital. Som følge af, at København på dette tidspunkt var helt udbygget, og at der ikke i byen kunne disponeres over andre arealer af et omfang, som kunne rumme et sådant hospitalskompleks, måtte det lægges på de jorder, som Københavns Kommune som en del af kommunens storstilede jordopkøb havde erhvervet i Hvidovre Kommune.

Godt nok en udenbys placering, men en række af kommunens mindre hospitaler var i forvejen beliggende på Frederiksberg, og byggegrunden i Hvidovre lå ikke langt fra grænsen til København, hvortil der var forbindelse ad den for længst forlængede Vigerslev Allé. Opførelsen af Hvidovre Hospital påbegyndtes i slutningen af 60'erne og afsluttedes i de første år af det følgende tiår. I modsætning til samtidens udbredte højhussygehuse blev hospitalet i Hvidovre udformet som fire lave sengebygninger i to etager forbundet af et gennemgående gangområde over en ambulatorie- og behandlingsetage med en underjordisk parkeringskælder.³⁵



Plan for den store udvidelse af Bispebjerg Hospital fra slutningen af 50'erne (Københavns Stadsarkiv)

Op gennem den første efterkrigstid blev udviklingen på Frederiksberg Hospital kendetegnet af de samme demografiske forandringer som i København og et bredt kommunalpolitisk ønske om at udbygge det i forvejen høje kliniske specialiseringsniveau. På en sådan måde, at hospitalet kunne hævde sig i forhold til hovedstadsmetropolens øvrige storsygehuse og dermed kunne forblive en attraktiv partner i metropolens kommunale hospitalssamarbejde.

Da behandlingen af børn overgik til Københavns Kommunes børnehospital Fuglebakken, der lå i den frederiksbergske bydel, som bar samme navn, nedlagdes denne funktion på Frederiksberg Hospital, ligesom den meget store TB-afdeling gradvist kunne afvikles med det markante fald i antallet af TB-patienter. Mens afdelingen tidligere havde lagt beslag på tæt ved en femtedel af hospitalets sengepladser, blev andelen i midten af 60'erne nedbragt til 4 procent af de over 1.000 sengepladser, der disponeredes over på dette tidspunkt.

Med periodens omfattende moderniseringer og udvidelser af bygningskomplekset og de specialiseringer, der gennemførtes både på det medicinske og kirurgiske åbnedes nye afdelinger for bl.a. for mave-tarmsygdomme, stofskiftesygdomme, nyresygdomme med et særligt dialyseafsnit samt ortopæd- og organkirurgi. Hermed kom Frederiksberg Hospital omkring 1970 til at omfatte tolv kliniske sengeafdelinger fordelt på de fem kirurgiske og seks medicinske afdelinger samt den psykiatriske. Hertil kom seks hjælpeafdelinger, narkoseafdelingen, laboratoriet m.m. og

serviceafdelinger som centralkøkken, apotek og en afdeling for studenterundervisningen, som blevet drevet i samarbejde med Rigshospitalet, Københavns hospitalsvæsen og universitet.³⁶

Hovedstadsamtskommunerne

I modsætning til selve hovedstaden kendetegnedes den første efterkrigstid i den øvrige del af hovedstadsmetropolen af en meget voldsomme befolkningstilvækst. Samlet mere end fordobledes folketallet i Københavns Amtskommune, men da befolkningstilvæksten efterhånden aftog i forstæderne i Nordeggen, kunne det behandlingsbehov, der hvilede på KAS Gentofte, klares ved en række udbygninger. I form af nye enkeltstående bygninger og ombygning af de tidligere åbne liggehaller til tværgående forbindelsesfløje. Udvidelser, der gav plads til yderligere afdelinger og specialisering i form af endnu en medicinsk og to kirurgiske afdelinger, en fødeafdeling samt en lungekirurgisk, fysiurgisk, neurologisk, kardiologisk og ortopædkirurgisk afdeling. I 1960 var KAS Gentofte nået op på over 1.500 sengepladser og omfattede stort set alle specialer.

Med den stærkt tiltagende forstadsbefolkning på Vest- og Nordvesteggen og de planer for disse egne videre forstadsdannelse, som indgik i Fingerplanen, besluttedes det endelig i 1949 at opføre Københavns Amtssygehus i Glostrup (KAS Glostrup), der stod endeligt færdigt omkring 1960. I forhold til det i landet hidtil sete sygehusbyggeri et yderst storslået og moderne kompleks omfattende: Dels en senge- og behandlingsbygning udformet som fire ni-etagers sengefløje, en buet forbindende mellembygning i fem etager med bl.a. røntgenafdeling, laboratorier og kontorer samt to fireetagers behandlingsbygninger med operationsstuer, blodbank, centrallaboratorium samt konsultations- og behandlingslokaler for forskellige kliniske specialer. Dels en række bygninger til sygeplejeskole, centralkøkken og- vaskeri, patologisk institut, kedelcentral og tjenesteboliger. Dels under komplekset et system af tunneler med forbindelse mellem de forskellige bygningsenheder og samtidige statshospitalet Nordvang.



Københavns Amtssygehus i Glostrup.

Københavns Amtssygehus i Glostrup i 1958 (Glostrup Lokalhistoriske Arkiv)

KAS Glostrup fik fra starten 950 sengepladser og både almene kirurgiske og medicinske afdelinger samt en gynækologisk, neurologisk, fysiurgisk, øre-, næse- og hals samt neurokirurgisk afdeling. Med de to store amtssygehuse, forskellige sygehjem, det gamle sygehus i Lyngby, der siden 30'erne alene havde fungeret som TB-hospital og tilhørende TB-stationer forskellige steder i amtskommunen, havde Københavns Amtskommune op gennem den første efterkrigstid fået et sygehusvæsen, der i det væsentligste lå på niveau med hovedstadens.³⁷

Ude i de ydre hovedstadsamtskommuner øgedes følgetallet i den første efterkrigstid med næsten tre tredjedele. En følge af hovedstadsmetropolens forstæder allerede i midten af århundreder var vokset ind i den sydøstlige del af Frederiksborg Amtskommune, og forstadsdannelserne siden bredte sig dybere ind i både denne amtskommune og Roskilde Amtskommune, der begge erhvervsmæssigt og demografisk blev stadig mere integreret i metropolen, og fik satellitbydannelser og betydelig byvækst omkring købstæderne i købstadsringen.

Med den status af centralsygehus, som amts- og bysygehuset i Roskilde havde i Roskilde Amtskommune, blev det i perioden udvidet i betydelig grad og fik en række yderligere specialafdelinger, hvorved antallet af sengepladser kom op på 500 sengepladser i 70. I kraft af sin størrelse og stilling som centralsygehus undergik sygehusfunktionen i Hillerød på samme tid massive udvidelser med en stærk klinisk specialisering til følge, hvorved institutionen fastholdtes som Frederiksborg Amtskommunes suverænt største og mest specialiserede sygehus omfattende 500 sengepladser i 1970.

Da den store Frederiksborg Amtskommune dermed alene fik et storsygehus, og det var et politisk ønske fortsat at opretholde et mere decentralt behandlingstilbud, blev en række af de hidtidige øvrige sygehusfunktioner opretholdt. Med mindre udvidelser var det lille købstadskommunale sygehus i Helsingør allerede i 1960 nået op på godt 100 sengepladser, og i 1963-65 blev der oprettet enkelte nye afdelinger, bl.a. en gynækologisk afdeling, hvorved der med andre udvidelser opnåedes et samlet antal senge på 150 i 1970. Af de resterende amtssygehuse blev det i Esbønderup allerede i 1966 indrettet til genoptræningsformål, mens der med mindre udvidelser i 1960 opnåedes et yderligere antal sengepladser på Usserød Amtssygehus.³⁸

Indlæggelsesaftalesystemet udbygges

Selv om hovedstadsmetropolens fem kommunale sygehusvæsener i den første efterkrigstid i et meget betydeligt omfang øgede sygehusudbuddet på egne institutioner via udvidelser og moderniseringer af ældre hospitaler og nybyggeri, var det ikke tilstrækkeligt til at dække periodens stigningen i hospitalsforbrug. Med det resultat, at det indlæggelsesaftalesystem, som var opbygget før midten af århundredet, udvidedes i et meget betydeligt omfang. Både i henseende indlæggelsesaftaler mellem de kommunale sygehusvæsener og mellem disse og hovedstadsmetropolens øvrige sygehusaktører: Privat-selvejende og statslige hospitaler: Rigshospitalet, Finseninstituttet m.fl.

Et udtryk for at de kommunale sygehusvæsener havde behov for at inddrage disse øvrige sygehusaktører, hvorved 77,4 procent af de sengepladser, der i 1970 var til rådighed for hovedstadsmetropolens befolkning var placeret på metropolens kommunale sygehuse. De øvrige 12,6 og 10 procent var derimod fordelt på privat-selvejende og statslige hospitaler.

Som følge af at over en fjerdedel og en noget mindre andel af de sengepladserne, som henholdsvis Københavns Kommunes og Amtskommunes og yderamtskommunernes sygehusvæsener samlet

disponerede over i 1970, var placeret på hovedstadsmetropolens øvrige kommunale sygehuse og statslige og privat-selvejende hospitaler, kunne disse dele af hovedstadsmetropolens kommunale sygehussektor i perioden håndtere det i forhold til sygehusudbuddet på egne institutioner større sygehusforbrug. I forhold hertil blev Frederiksberg Hospital, som efter et helt bevidst politisk valg i perioden yderligere udvidede sit hospitalsudbud, og metropolens ikke kommunale hospitaler dermed helt afgørende buffere.³⁹

Regional planløshed

Selv om hovedstadsmetropolens kommunale sygehusvæsener med egne meget omfattende sygehusudbygninger og stadig flere indlæggelsesaftaler forsøgte både at udnytte metropolens samlede behandlingskapacitet og at tilvejebringe et lokalt sygehusudbud, der svarede til det stedlige sygehusforbrug, blev sygehusudbuddet i metropolen kendetegnet af markante regionale forskelle.

I perioden tilvejebragte hovedstadens kommunale hospitalsvæsener således et relativt større hospitalsudbud end resten af hovedstadsmetropolens sygehusvæsener. Københavns og Frederiksborg amtskommuners sygehusudbud kom til at ligge på samme niveau, men betragteligt under hovedstadens og de normtal, som Sundhedsstyrelsen opererede med på landsplan. I bunden placerede Roskilde Amtskommune sig med et sygehusudbud, der var to tredjedele mindre end hovedstadens, og lå 43 procent under Sundhedsstyrelsens norm. Regionale forskelle, der også gjorde sig gældende ved fordelingen af de kliniske specialområder, de lægelige kompetencer og teknisk udrustning.

Et sæt af regionale forskelle i sygehusudbuddet, der var betinget af: Dels forskelle i befolkningsudvikling- og sammensætning mellem metropolens enkelte dele. Dels de kommunale sygehusvæsener forskellige ressourcer, der var betinget af kommunaløkonomiske forskelle som følge af den stedlige sociale og alders- og erhvervsmæssige sammensætning. Dels sygehussektorens planløse karakter såvel indenfor de enkelte kommunale sygehusvæseners eget område som regionalt.

De enkelte indlæggelsesaftaler fik således en ad hoc karakter, da de blev indgået uden en større samlet plan, når indlæggelsesproblemerne spidsede til i hver af de enkelte af metropolens kommunale sygehusvæsener, og der viste sig samarbejdsmuligheder mellem disse og de privat-selvejende og statslige hospitaler, der tilbød eksterne sengepladser, som:

Dels stod uden for de kommunale sygehusvæseners planmæssige dispositionsmuligheder og som de ellers internt selv kunne have fordelt mellem sig gennem interne indlæggelsesaftaler. Dels var afhængige af de enkelte statslige og privat-selvejende institutioners velvilje til at indgå indlæggelsesaftaler. Dels var opnået til en pris, der under alle omstændigheder var højere end de omkostninger, som knyttede sig til sengepladserne på de kommunale sygehusvæseners egne sygehuse.

Skønt de enkelte kommunale sygehusvæsener nok gjorde sig overvejelser om behandlingsbehov og kapacitet og geografisk placering for så vidt om- og nybyggeri, var der heller ikke i den forbindelse tale om en egentlig langsigtet sygehusplanlægning. Hverken inden for de kommunale sygehusvæseners egne geografiske områder og slet ikke i forhold til hele hovedstadsmetropolens.

En planløshed i henseende til indlæggelsessystemets opbygning og sygehusbyggeri- og ombygninger inden for hver af de kommunale sygehusvæsener, der gav hele hovedstadsmetropolens

sygehussektor en regional planløs karakter, der forstærkedes af en yderst fragmenteret sygehusstruktur. Udover det store antal privat-selvejende og statslige hospitaler en kommunal sygehusstruktur, der som følge af den tillige fragmenterede kommunalstruktur, medførte, at hovedstadsmetropolen omfattede et større antal kommunale sygehusaktører:

De to hovedstadskommuners hospitalsvæsner, de tre hovedstadsamtskommuners sygehusvæsener og ude i de to ydre amtskommuner et mismask af amts- og bysygehuse og købstadskommunale sygehuse. Kommunale sygehusaktører, der uden skelen til behov, der faldt uden for disses myndighedsområde, traf beslutning om opførelse og udvidelse af sygehuse og indlæggelsesaftaler med andre kommunale, privat-selvejende eller statslige sygehusaktører.

Et samlet sæt af faktorer, der i den første efterkrigstids hovedstadsmetropol bidrog til, at sygehusbehandlingen af arbejdskraften og metropolbefolkningen som helhed var særdeles regional ujævn og organisatorisk stærkt fragmenteret. En betydelig udfordring for både de regionale rammebetingelser for hovedstadsmetropolens funktionalitet som en byregion og for den yderst centrale placering, som sygehussektoren havde i den universalistiske velfærdsstats velfærdssystem.⁴⁰

Forsøg på regional planlægning - den sidste efterkrigstid

Efter den første efterkrigstid vækstårtier, fulgte fra de første år af 70'erne flere tilbagevendende økonomiske kriser i den sidste efterkrigstid. Kriser, der smittede af på både hovedstadsmetropolens videre udvikling, velfærdsstatens og sygehussektoren. Ikke desto mindre forsatte metropolens transformation som en byregion på samme tid, som der udvikledes nye styringsredskaber for velfærdsstaten og dens sygehusvæsen.

De store sammenhænge

Med den sidste efterkrigstids tilbagevendende økonomiske krise kom hovedstadsmetropolen ind i en stagnationsperiode, som bl.a. bevirkede, at dens folketal reducerede med to procent uden dog at komme under 1,7 mio. Trods denne stagnation, forsatte de forandringer i hovedstadsmetropolens udvikling som en byregion, der havde taget sin begyndelse i den første efterkrigstid.

Hovedstadsmetropolen under stagnation og krise

Som følge af den bebyggelsesmæssige opfyldning med bolig-og industriområder i de indre forstæder i Københavns Amtskommune lokaliserede kapitalkræfterne periodens industriinvesteringer i videre omfang til de ydre radiale forstadsbånd og købstadsringen i Frederiksborg og Roskilde amtskommuner, hvor der var større ubebyggede friarealer. I takt med hovedstadens endnu kraftigere afindustrialisering koncentreredes på samme tid investeringerne i administrativ og servicemæssig virksomhed derimod hertil. Hele hovedstadens område fik dermed i endnu højere grad erhvervsmæssig karakter af hovedstadsmetropolens centralby, hvis folketal samtidig reduceredes med 205.000 indbyggere. Det svarede til et fald i befolkningmængden siden 1970 på 30 procent, og var en udløber af yderligere udflytning af navnlig unge og yngre til den øvrige del af hovedstadsmetropolen, et stigende fødselsunderskud og et større volumen af ældre over 65 år.

En udflytning fra centralbyen, der sammen med tilflytning fra provinsen og udlandet, udgjorde grundlaget for, at folketallet i Frederiksborg og Roskilde amtskommuner i den sidste efterkrigstid øgedes med mere end en tredjedel, at tilbagegangen i hovedstadsmetropolens samlede befolkningsvolumen dermed blev beskeden, og at der i de ydre forstadsbånd, købstadsringen og

pendlersatellitbyer opstod store nye boligområder. Med periodens vigende vækst i reallønninger stadsedes derimod sommerhusbyernes udbredelse i metropolens yderste udkant.⁴¹

Den universalistiske velfærdsstats nyorientering

Med den nyorientering, der kendetegnede den universalistiske velfærdsstat i den sidste efterkrigstid i henseende til opgaveporteføljens volumen og håndtering, udvidedes dens regionale aktionsfelt langt mere end hidtil. Periodens udbygning af velfærdssystem kunne ganske vist i vidt omfang håndteres af 1970-kommunalreformens større og dermed mere bæredygtige primærkommuner. Men med kommunalreformens udlægning af flere opgaver til det amtskommunale niveau, og den tyngde som nogle af velfærdssystemets opgaver fik, forstærkedes, samtidig med tilvejebringelsen yderligere almene produktionsbetingelser, velfærdsstatens regionale dimension.

Det amtskommunale niveau blev dermed det regionale omdrejningspunkt i den statslige styring og sektorplanlægning⁴² af hele den offentlige sektor og kom samtidig til at varetage velfærdssystemets tunge opgaver: Udbygning af sygehuse, gymnasieskolen og særforsoegen. Hertil føjede sig regionsplanlægning, tilvejebringelse, planlægning og drift af de almene produktionsbetingelser, der faldt uden for statens ressort (den kollektive trafik udenfor DSB og landeveje) samt regional planlægning og implementering af de foranstaltninger, der fulgte af tidens nye statslige miljø- og forsyningspolitik.

På mange områder blev den sidste efterkrigstid kulminationen af regional styring, planlægning og implementering af samfundsmæssige opgaver. I hovedstadsmetropolen med det resultat, at der i 1974 med Hovedstadsrådet oprettedes et regionskommunalt organ over hele metropolens primær- og amtskommuner. Hovedstadsrådet fik drifts- og planansvaret for den kollektive trafik og regionplanlægningen og skulle gennem sin sektorplanlægning give retningslinjer for frembringelse regionale rammebetingelser for hovedstadsmetropolens funktion som en byregion på trafik-, forsynings-, miljø- og sygehusområderne.

Da sektorplanlægningen var bindende for staten og primær- og amtskommuner og rummede betydelige tilsyns-, godkendelses- og administrationsbeføjelser beføjelser, blev det i perioden i realiteten Hovedstadsrådet, der tilvejebragte de regionale de regionale rammebetingelser med staten, kommuner og fælleskommunale samvirker som udførende aktører.⁴³

Planløshedens efterdønninger

Udover hovedstadsmetropolens byregionale forandringer og velfærdstetens udvidede regionale aktionsfelt og sektorplanlægning, udfordredes metropolens sygehussektor i den sidste efterkrigstid af den regionale planløshed, der havde kendetegnet sektoren i den første efterkrigstid. Ikke blot i form af en ukoordineret anvendelse af indlæggelsesaftalesystemet og udbygning af de kommunale sygehussektorer, men i særlig grad som følge af de gigantiske sygehusbyggerier, der uden en samlet regional plan var under opførelse, taget beslutning om eller lagt planer for.

Selv om det nye hospital i Hvidovre skulle erstatte de sengepladser, der var placeret rundt om på mindre og gamle københavnske hospitaler, ville den samlede sengekapacitet i centralbyen blive fastholdt på sit hidtidige niveau. Den var allerede i 1970 meget højt, men ville med en forøgelse af sengepladsantallet på 56 procent på det nye Rigshospital efter dette færdiggørelse blive endnu højere på trods af hospitalet landsdækkende funktion.

Med færdiggørelsen af Københavns Amtssygehus i Herlev (KAS Herlev) og et planlagt sygehusbyggeri i Frederiksborg Amtskommune ville de to amtskommuners antal sengepladser samtidig blive forøget med omkring 40 procent, mens det sygehusbyggeri, der var på tegnebrættet i Roskilde Amtskommune her ville øge antallet af sengepladser på op til 86 procent.

Med den økonomiske krise, der lagde snævrere rammer for udgiftsstigningerne i den offentlige sektor, og en samtidig stagnerende befolkningsudvikling i hovedstadsmetropolen, var det således i midten af 70'erne en betydelig regional udfordring, at metropolen som helhed med de nyligt afsluttede, igangværende og planlagte storsygehusbyggerier sammen med de privat-selvejende hospitaler ville få en betydelig sygehusemæssig overkapacitet. På samme tid, som hovedstadsmetropolen forsat havde et regionalt ujævnt både kvalitativt og kvantitativt sygehustilbud, og dele af metropolen var kendetegnet af underkapacitet i henseende til såvel antal sengepladser som behandlingsspecialer.⁴⁴

Amtskommuner og Hovedstadsråd

Med 1970-kommunalreformen erstattedes landets hidtil fragmenterede sygehusektor af en ren amtskommunal struktur. Idet de nye amtskommunerne videreførte driften af de tidligere amts- og bysygehuse og hidtidige amtssygehuse, og købstadskommunale hospitaler og senere også de statslige psykiatriske, der overførtes til amtskommunalt niveau. Indenfor hvert sit geografiske område skulle amtskommunerne som en del af deres sektorplanlægning udarbejde en sygehusplan.



Københavns Kommunes Hvidovre Hospital, ca. 1985 (København Museum)

Mens det øvrige Danmark dermed fik en enstrengt amtskommunal sygehusstruktur, omfattede hovedstadsmetropolen forsat fem amtskommunale sygehusaktører (de to hovedstadskommuner⁴⁵ og tre hovedstadsamtskommuner) og i modsætning til det øvrige land tillige Rigshospitalet og øvrige statslige og privat-selvejende hospitaler. En betydelig regional sygehusadministrativ udfordring, der forstærkedes, at de fem amtskommunale aktører i deres enkeltvise sygehusplanlægning ikke kunne håndtere de betydelige regionale strukturproblemer, der på sygehusområdet op gennem den første efterkrigstid var kommet til at kendetegne hele metropolen.

Det blev derfor nærmest på forhånd givet, at både den udvalgsbetænkning, der lå bag oprettelsen af Hovedstadsrådet i 1974, og det bag ved rådet liggende lovgrundlag tildelte Hovedstadsrådet den overordnede regionale sygehusplanlægningsopgave. I modsætning til Hovedstadsrådets øvrige sektorplanopgaver, der var bindende for underliggende kommunale niveauer, dog således at rådet ikke selvstændigt kunne udarbejde den overordnede sygehusplan, der til gengæld skulle baseres på de planudspil, som ville komme fra hver af de fem amtskommunale sygehusaktører.

Medvirkede til at Hovedstadsrådet i planlægningsfasen måtte balancere mellem de særlige, ofte modstridende, interesser, som de fem amtskommunale sygehusvæsener og staten havde på området. Et svækket mandat, der forstærkedes af, at Hovedstadsrådets sygehusplanlægning, helt på linje med de fem amtskommunale sygehusaktørers delregionale planlægning, måtte tilpasses i forhold til den større statslig styring af sygehusområdet, der kendetegnede den sidste efterkrigstid.

En styring, der af statsfinansielle grund blev stadig mere udtalt som reaktion mod de hidtil stærkt stigende offentlige sygehusudgifter og som følge af de indsnævrede rammer, som periodens kriser satte for den universalistiske velfærdsstats vækst. Udover dette potente statsstyringsmotiv, stækkes Hovedstadsrådets indflydelse på den regionale sygehusplanlægning yderligere ved, at dets Hovedstadsfond ikke på sygehusområdet økonomiske kunne fremme rådets regionale interesser. Endelig havde Hovedstadsrådet ikke det sygehusmæssige driftsansvar, hvilket bevirkede, at rådet ikke havde den pondus, der var nødvendig for fuldt ud at kunne varetage det regionale hensyn, som det netop var pålagt Hovedstadsrådet at tage hånd om.⁴⁶

Hovedstadsrådets sygehusplanlægning

Ikke desto mindre hindrede interne modsætninger i et såkaldt Rigshospitalsudvalg, der skulle tage stilling til de statslige hospitalers indplacering i hovedstadsmetropolens samlede sygehussektor, de fem amtskommunale sygehusvæsener i enkeltvis at udarbejde de sygehusplanudspil, der skulle ligge til grund for metropolens samledes sygehusplanlægning. Hovedstadsrådet fik dermed mulighed for selvstændigt i en såkaldt grovskitse til en regionssygehusplan at tegne de helt overordnede planrammer for metropolens sygehusvæsen.

Planen forelå i 1979 og dannede efterfølgende grundlag for de sygehusplanudkast, som de fem kommunale sygehusvæsener efterfølgende udarbejdede. Afsættet for at Hovedstadsrådet i sin første og eneste sygehusplan fra 81 opstillede de regionale planmæssige pejlemærker for udviklingen i hovedstadsmetropolens sygehusvæsen for den resterende del af 80'erne.

Et samspil mellem netop denne regionale sygehusplanlægning, en stadig stærkere statsstyring af sygehusområdet og den koordinering af de sygehusmæssige dispositioner, som Hovedstadsrådet fik etableret undervejs i det planforberedende arbejde, førte til, at den første efterkrigstids ukoordinerede vækst både i de kommunale og statslige sygehusvæsener i den sidste efterkrigstid blev

afløst af sygehusemæssige dispositioner, der blev truffet ud fra et langt fastere regionalt funderet plangrundlag.



Københavns Amtssygehus i Herlev i 1975 (Glostrup Lokalhistoriske Arkiv)

Herved gennemførtes den helt nødvendige nedbringelse på en tredjedel af den overkapacitet, som hovedstadsmetropolens samlede sygehusektor havde oparbejdet op gennem den første efterkrigstid. Overvejende opnået ved en regionalt afbalanceret afvikling af Københavns mange små og stærkt nedslidte og forældede hospitaler, hvorved der opnåedes en reduktion af sengemængden i centralbyen på 40 procent. En beskæring, der trods den større sygehusefterspørgsel, som fulgte af centralbyens større gruppe af ældre og økonomisk dårligst stillede, blev muliggjort af det kraftigt faldende folketal op gennem den sidste efterkrigstid, et større plejehjembyggeri og den meget betydelige sengekapaцитet, som de to kommunale hovedstadshospitalsvæsenere havde oparbejdet op gennem århundredet.

En af de største landvindinger ved Hovedstadsrådets sygehusplanlægning blev en udjævning af både de regionale skævheder i hovedstadsmetropolens sygehusudbud og de ubalancer mellem sengepladser og befolkningens størrelse i metropolens enkelte dele, der var fulgt med den ukoordinerede sygehusvækst. I metropolens amtskommuner øgedes sengemængden med henholdsvis 7, 14 og 43 procent i Københavns, Frederiksborg og Roskilde amtskommuner.

I Københavns Amtskommune betinget af: Dels den større sygehusefterspørgsel, som fulgte af amtskommunens større andel af ældre. Dels en underkapacitet i starten af perioden. I de ydre amtskommuner en følge af, at disse som de eneste dele af hovedstadsmetropolen i den sidste efterkrigstid gennemgik en ganske betydelig by- og befolkningstilvækst. Samtidig havde Frederiksborg Amtskommunes og navnlig Roskilde Amtskommunes sygehusvæsen i begyndelsen af perioden en betydelige underkapacitet, som den sidste efterkrigstids tilvækst i antal sengepladser dermed udlignede.

Udover håndteringen af disse to største udfordringer, der var indlejret i hovedstadsmetropolens sygehusstruktur, resulterede Hovedstadsrådets sygehusplanlægning samtidig i en aftrapning af den hidtil udbredte og omkostningstunge indlæggelsespraksis på privat-selvejende hospitaler, som dermed gled ud som en del af metropolens sygehussektor. En aftrappingsproces, der samtidig førte til, at hovedstadsmetropolens kommunale sygehusvæsen i udstrakt grad ophørte med at indlægge psykiatriske patienter i den ydre sjællandske provins, mens Københavns Kommunes Sankt Hans Hospital kom til at fungere som et lokalt psykiatrisk sygehus for Roskilde Amtskommune.

Endelig opnåedes gennem Hovedstadsrådets sygehusplanlægning en højere grad af selvforsyning med sygehusemæssige lokalfunktioner i Frederiksberg Kommune og de to ydre hovedstadsamtskommuner. Hertil kom en mere hensigtsmæssig fordeling af hovedstadsmetropolens landsdelsfunktioner, som blev varetaget af Rigshospitalet, Københavns hospitalsvæsen og Københavns Amtskommunes sygehusvæsen, der samtidig tillige var selvforsynende med sygehusemæssige lokalfunktioner.

Samlet lykkedes det Hovedstadsrådet gennem sygehusplanlægningen i perioden at tøjle den totale planløshed, der havde kendetegnet hovedstadsmetropolens sygehusvæsen frem til starten af 70'erne, at udjævne de hidtidige regionale skævheder i metropolens samlede sygehusudbud og at reducere opståede overkapaciteter. Herved opnåedes en betydelig større sammenhængskraft på dette vigtige sociale og sundhedsmæssige område af afgørende betydning for arbejdskartens sygdomsbehandling og dermed produktionsevne. En afgørende regional rammebetingelse for hovedstadsmetropolens funktion som en byregion og et væsentligt bidrag til den centrale position, som sygehussektoren havde i den universalistiske velfærdsstats velfærdssystem.

Selv om Hovedstadsrådet i sygehusplanarbejdet i 70'erne og de første år af 80'erne havde været underlagt den statsstyring, som de socialdemokratiske regeringer havde været tvunget til at gennemføre som konsekvens af de krisebetingede reduktioner i velfærdsstatens udgiftsstigninger, var der fra regeringens side forståelse for, at rådet så vidt som muligt selv stod for den regionale styring af de sygehusemæssige behov, som metropolen havde som en samlet byregion. En forståelse som blev stadig mindre op gennem resten af 80'erne, da statsmagten hindrede Hovedstadsrådet i at udøve sin regionalt koordinerende indflydelse i forhold til de videre sygehusplaner, som de amtskommunale sygehusvæsen udarbejdede. En proces, der mandede ud i, at Hovedstadsrådet de facto mistede grebet om den regionale sygehusplanlægning ved en ændring af sygehuslovgivningen i 1985.

En udvikling, der, siden 1983, var betinget af den konservativt ledede regerings ønske om: Dels i en tid med betydelige reduktioner i stigningerne i velfærdsstatens udgifter at have hånd i hanke med det omkostningstunge sygehusområde, der i hovedstadsmetropolens kompliceredes af Rigshospitalet særegne position. Dels at udfase den regionale indflydelse, som det socialdemokratiske Hovedstadsrådet havde oparbejdet siden dets oprettelse i 1974. En udfasning, der i 1990 førte til Hovedstadsrådets nedlæggelse, hvorefter sygehusplanlægningen enkeltvis overgik til de fem amtskommunale enheder.⁴⁷

En todelt regionsløsning – årtierne omkring årtusindeskiftet

Med voldsomme geopolitiske- og økonomiske forandringer, der fulgte efter sammenbruddet af den kommunistiske styrede Østblok i årene omkring 1990, forstærkedes den økonomiske globalisering og konkurrence. En proces, der både gavnedes Europas byregioner og ændrede deres regionale styreform, og som den danske hovedstadsmetropol blev en del af. Med både vækst og regional planløshed som følgevirkninger. En planløshed, der som eneste undtagelse på den lange bane ikke kom til at omfatte landets og dermed også metropolens sygehussektor.

De store sammenhænge

Samspillet mellem de internationale økonomiske faktorer, Øresundsregions store trafik anlæg og særlig centralbyens trafikale opgradering og massive byomdannelse, blev udslagsgivende for, at hovedstadsmetropolten i årtierne omkring årtusindeskiftet på ny kom ind i en mere stabil vækstperiode og befæstede sin position som landets suverænt største byregion.

Hovedstadsmetropolens forandring

For den stærkt eksportorienterede og importfølsomme danske industriproduktion fik periodens globale økonomiske forandringer og den samtidige teknologiske udvikling betydelige konsekvenser. Den informationsteknologiske eksplosion førte således til effektiviseringer og koncentrationstendenser, samtidig med at en del af dansk industri bukkede under for den globale konkurrence, opkøbtes af udenlandske koncerner eller blev flyttet til lavtlønsområderne i den tredje verden eller Østeuropa. I 90'erne og i det nye årtusindes årtier fortsatte således faldet i antallet af virksomheder og beskæftigede i dansk industri, der nåede ned på godt 15 procent af landets samlede arbejdsstyrke.

Til gengæld tilpassedes den tilbageværende og endnu betydelige industri på forskellig måde til de forandrede vilkår, samtidig med at de tjenesteydende erhverv tegnede sig for en stadig større vækst. Delvis i form af en vis vækst i den offentlige sektor, men navnlig som følge af en betydelig stigning i beskæftigelsen og i antallet af virksomheder inden for erhvervsorienteret servicevirksomhed og -produktion. Med den informationsteknologiske revolution inden for både vare- og serviceproduktion, produktionens specialisering og en stadig mere kompleks og internationaliseret økonomi, blev IT, knowhow og forskning nye vigtige produktionsfaktorer. Det åbnede for store investeringer i erhvervsrettet serviceproduktion så som: Handel, omsætning, IT-udvikling og -drift, kommunikationstjenester, organisationsudvikling, interessevaretagelse, medie- og reklametjenester, forskning, finans- og markedsorienteret virksomhed, privat service og konsulent- og rådgivningstjenester.

De meget betydelige økonomiske strukturforandringer, der således kom til at kendetegne det danske samfund i årtierne omkring årtusindeskiftet, førte til markante forskydninger mellem landets enkelte dele. I hovedstadsmetropolten fortsatte faldet i industribeskæftigelsen på ny kraftigere end i det øvrige Danmark, og nåede i 2019 ned på syv procent af metropolens samlede arbejdsstyrke. Af hovedstadsmetropolens tilbageværende produktionserhverv klarede særlig den specialiserede industri sig. Den var baseret på nye brancher, højteknologi og en veluddannet arbejdskraft, og selv i kriseperioden efter 2008 kunne kemisk-,

medicinal-, møbel-, og transportmiddelindustri udvise positive vækstrater i beskæftigelsen, mens tilbageslaget i samme periode blev mindre inden for metal- og levnedsmiddelindustri og produktion af eludstyr. Men det blev væksten i de tjenesteydende erhverv, handel og omsætning, der ikke blot modvirkede tabet af industriarbejdspladser, men også øgede beskæftigelsen mere i hovedstadsmetropolen end i resten af landet, hvorved metropolen på ny kunne tegne sig for en stigende andel af den samlede danske arbejdsstyrke.

Hovedstadsmetropolens koncentration af forskning og knowhow var afgørende for, at væksten inden for den private erhvervsrettede serviceproduktion og offentlig virksomhed blev særlig stærk her, hvilket bevirkede, at tæt ved 70 procent i hovedstadsmetropolen i 2019 var beskæftigede inden for disse brancher. Herudover havde størsteparten af hovedsæderne for landets erhvervsvirksomheder og interesseorganisationer fortsat hjemsted i hovedstadsmetropolen, der ud over store amts- og primærkommunalsektorer husede overordnede offentlige institutioner og hovedparten af statens ansatte. Endelig blev hovedstadsmetropolen hjemsted for internationale produktionsvirksomheders skandinaviske eller nordeuropæiske hovedkontorer, der enten nyoprettedes i Skandinavien eller flyttedes til metropolen fra Nordtyskland, Stockholm og Oslo.

Med dette erhvervspotentiale og som følge af en nettotilvandring fra udlandet vendtes hovedstadsmetropolens befolkningsudvikling på ny efter den sidste efterkrigstids stagnation. Mens Danmark i 90'erne og i det nye årtusindes to første årtier fik en tilvækst i folketallet på 13 procent, kunne hele hovedstadsmetropolen i samme periode notere en befolkningsforøgelse på 23 procent. Herved nåede metropolens samlede folketal tæt ved 2,1 millioner, hvorved metropolen igen kunne tegne sig for en stigende andel af landets samlede befolkning.⁴⁸

Regional planløshed

Selv om der lå politiske faktorer bag nedlæggelsen af de regionskommunale organer⁴⁹, der i efterkrigstiden var opstået til frembringelse af byregionale rammebetingelser både i hovedstadsmetropolen og i andre vesteuropæiske metropol, blev disse sårbare overfor den internationale økonomis strukturforandringer. Såvel Lefèvre som andre geografer har påpeget, at metropolernes inter-kommunale styringsmodeller som oftest udfasedes i 80'erne og 90'erne som følge af det større vækstpotentiale, metropolerne opnåede i den nye geopolitiske- og økonomiske verdensorden fra omkring og efter 1990.

De regionskommunale overbygninger opløstes eller decimeredes således, at det primærkommunale niveau i højere grad kunne handle mere selvstændigt, konkurrere indbyrdes og udvise entreprenørskab med andre offentlige og private aktører i en stadig mere globaliseret økonomi. Staten udstak derimod de overordnede rammer, men uden et regionalt styrende og på forhånd fastlagt institutionelt mellemlid.

Dette erstattedes af mellemkommunale mere uformelle samvirker med karakter af netværk, frivillig deltagelse, processkabte mere fleksible strukturer med flere aktører: Kommuner, andre myndigheder, organisationer og private aktører. Disse netværk eller samvirker, der omfattede meget store geografiske områder, blev ikke regionalt beslutningstagende, men baseret på initiativskabelse og samarbejdsprocesser og kendetegnet ved lette administrative strukturer for at opnå den største fleksibilitet.

Forandringer i de vesteuropæiske metropolers regionale styring, der slog igennem med fuld styrke i den danske hovedstadsmetropol i årtierne omkring årtusindeskiftet. Først med nedlæggelse af

Hovedstadsrådet, hvorved tilvejebringelsen af størsteparten af de regionale rammebetingelser enkeltvis overgik til de fem amtskommunale enheder, og siden ved nedlæggelsen af amtskommunerne ved 2007-strukturreformen. Hermed forsvandt muligheden for tilvejebringelse af en række af de øvrige centrale regionale rammebetingelser for hovedstadsmetropolens funktion som en byregion, som først Hovedstadsrådet og siden de fem amtskommunale enheder hidtil havde frembragt.

Underlagt meget overordnede statslige retningslinjer og tilsyn overgik de regionale opgaver, der hidtil havde været en del af amtskommunernes og deres sektorplanlægning til lokalkommunerne. Meget centrale kommunegrænseoverskridende opgaver, som kommunerne ikke havde de samme faglige kompetencer og ressourcer til at løfte som de amtskommunale enheder og i sin tid Hovedstadsrådet, og var følsomme overfor herskende snævre lokalinteresser, der ikke nødvendigvis var i overensstemmelse med hensynet til hovedstadsmetropolens og overordnede samfundsmæssige interesser.⁵⁰ Af de tilbageværende regionale opgaver, der ikke udlagdes til kommunerne og i nogle tilfælde til staten, blev ud over den kollektive trafik og sygehusvæsenet kun rudimenter tilbage til regionerne.⁵¹

I stedet for Hovedstadsrådets regionalt sammenhængende, rationelle og afbalancerede tilvejebragte rammebetingelse, blev denne for hele hovedstadsmetropolens funktionalitet helt afgørende tilvejebringelse i årtierne omkring årtusindeskiftet overladt til et stadig større virvar af forskellige offentlige myndigheder og nyetablerede fællesoffentlige selskabsdannelse. Regionale aktører, der, med privatkapitalistiske investeringer i baghånden, under en stadig mindre og til sidst uden regional styring og planlægning ud fra egeninteresse ukoordineret og stykvist frembragte rammebetingelser for dele af hovedstadsmetropolens funktionalitet.

Med den konsekvens at metropolens i årtierne omkring årtusindeskiftet blev kast ud i en stadig større grad af regional planløshed. Netop da hovedstadsmetropol kom ind den vækstperiode, hvor den mest af alt havde behov for den samlede regionale styring, som en fastholdelse og videreudvikling af Hovedstadsrådets regionale rammebetingelser ville kunne have fået for metropolens mere afbalancerede og sammenhængende funktion og udvikling som en byregion. I stedet blev metropolens kendetegnet af stadig større ubalancer, som skævvred dens funktion og udvikling som én samlet byregion.

I for af: Dels en ujævn befolkningsfordeling i hovedstadsmetropolens med en stærkere befolkningskoncentration i centralbyen på bekostning af metropolens øvrige dele. Dels en skæv erhvervsfordeling med en stærk koncentration af væksteksplansive globalt orienterede serviceproducerende erhverv i centralbyen og mindre vækstpotente erhverv som industri, transport- og logistikvirksomhed i de øvrige dele af metropolens. Dels en social ubalance med stigende indkomster og ejendomspriser, flere selvstændige og funktionærer på høj- og mellemniveau, udvidede kommunale velfærdstilbud og samtidig en faldende kommunale udskrivningsprocent i centralbyen og mindre stigende indkomster og ejendomspriser, flere lønmodtagere på grundniveau, mindre kommunale udgifter til velfærdstilbud og stigende kommunale udskrivningsprocenter i metropolens øvrige dele.⁵²

Sygehussektorens regional styring og planlægning.

Mens årtierne omkring årtusindeskiftet betegnede en udfasning af de regionale rammebetingelser for hovedstadsmetropolens byregionale funktion, som Hovedstadsrådet havde tilvejebragt, blev metropolens sygehussektor udtagelsen. Fra midten af 90'erne samledes centralbyens hospitaler under

én myndighed og med 2007-struturreformen gjaldt det samtlige sygehuse i størsteparten af metropolen.

Bag lå statens forsøg på at styre den omkostningstunge sygehussektor som helhed og i hovedstadsmetropolen at få et fastere greb om dens forsat fragmenterede sygehusstruktur. En følge af at staten op gennem det meste af 80'erne havde hindret Hovedstadsrådet i at fuldstændiggøre den regionale sygehusplanlægning, der var tillagt rådet.

Nok havde Hovedstadsrådets sygehusplanlægning i 70'erne og de første år af 80'erne sikret et mere jævnt kvantitativt og kvalitativt sygehusstilbud i hele hovedstadsmetropolen og en mere ensartet sygehusstruktur i de amtskommunale sygehusvæsener, men en række regionale udfordringer stod forsat tilbage. Uden en samlet regionalt dækkende sygehusplan, blev denne planopgave ved Hovedstadsrådets nedlæggelse overladt til hver af de fem amtskommunale enheder, og i centralbyen var der ikke fundet en løsning på de mange sygehusaktører: De to hovedstadskommuners sygehusvæsener, Rigshospitalet og de tilbageværende privat-selvejende hospitaler, der i et vis mål forsat havde nogle sygehusopgaver.

Hertil kom, at den nu socialdemokratiske regering i midt 90'erne ikke landspolitisk kunne komme igennem med den revitalisering af Hovedstadsråd, som indgik i betænkningen fra endnu en nedsat hovedstadskommission og endog havde stærkere sygehusplanmæssige beføjelser, end der i sin tid var tillagt rådet. Kun med et spinkelt folketingsflertal kunne regeringen i år 2000 oprette en rudimentær udgave af Hovedstadsrådet, der i form af Hovedstadens Udviklingsråd (HUR) tillagdes regionsplanlægning og drift og planlægning af den kollektive trafik. Men rådet fik ikke beføjelser til at frembringe de øvrige regionale rammebetingelser for metropolens byregionale funktion (herunder sygehussektoren) og nedlagdes allerede igen i 2007.⁵³

HS

Trods en overordnet statslig styring op gennem 90'erne kom det således til at stå klart, at hovedstadsmetropolens opsplittning i fem autonomt agerende amtskommunale sygehusvæsener og det store statslige Rigshospitalet uden en samlende sygehusplanlægning, udgjorde en betydelig udfordring for de regionale rammebetingelser for hovedstadsmetropolens funktion som en byregion. Da der ikke kunne opnås politisk tilslutning til den nævnte hovedstadskommissions betænkning, og sygehussektorens planlægnings- og driftsmæssige problemer var særligt udtalte i selve centralbyen, indgik regeringen og de to hovedstadskommuner i 1994 en aftale om, at driften af de to kommuners sygehuse og Rigshospitalet ved lov skulle udlægges til en ny forvaltningsenhed.

På dette grundlag etableredes i 1995 Hovedstadens Sygehusselskab (HS), der vederlagsfrit overtog lands- og landsdelssygehuse: Rigshospitalet, Hvidovre Hospital og Bispebjerg Hospital samt Frederiksberg Hospital, Kommunehospitalet, Sundby Hospital og Sct. Hans Hospital. Med denne samling af centralbyen i et hospitalsområde skulle HS opnå en koncentration af specialiserede lands- og landsdelsafdelinger, et bredere patientgrundlag for de specialiserede sygehusafdelinger, en bedre varetagelse af planlagte undersøgelser og behandlinger og en styrkelse af grundlaget for den kliniske forskning og undervisning.

HS, der blev ledet af en bestyrelse med repræsentanter fra de to kommuner og Sundhedsministeriet, gennemførte efterfølgende efter dets Sygehusplan 2000 i det væsentligste de opgaver, der var tillagt dette i dets lovgrundlag. Herved udnyttedes centralbyens samlede behandlingsskapacitet mere rationelt, hvilket bl.a. førte til oprettelse af afsnit for særlig planlagt kirurgi og anden behandling på

Frederiksberg Hospital, en koncentration af højt specialiserede afdelinger på Rigshospitalet og i nogen grad også på Bispebjerg og Hvidovre hospitaler, reduktion af antallet af øvrige døgnbetjente afdelinger, en samling af højst specialiserede funktioner på Rigshospitalet og en endelige nedlæggelse af Kommunehospital. ⁵⁴

Da Københavns Amtskommunes sygehusvæsen ikke som oprindelig forudsat kom med i HS-konstruktionen og fortsat ville både yde behandling på alle specialområder og opretholde land- og landdelsfunktioner på flere af dets sygehuse, stod hovedstadsmetropolen stadig tilbage med fire regionale sygehusaktører: HS med seks hospitaler og Københavns, Frederiksborg og Roskilde amtskommuner med hver henholdsvis fire, fire og to sygehuse, hvoraf nogle var placeret uden for de enkelte sygehusaktørers områder. Således HSs Sankt Hans og Hvidovre hospitaler i henholdsvis Roskilde og Københavns Amtskommune og sammes Sankt Elisabeth Hospital i HSs område på Amager.

Selv om der blev indgået samarbejdsaftaler dels mellem HS og Københavns Amtskommune om fællesdrift af de tæt ved liggende hospitaler på Amager og om behandling af patienter i de to sygehusvæsners grænseområder, dels mellem de tre amtskommuner om kræftbehandling, forblev hovedstadsmetropolens sygehussektor stærkt fragmenteret. Kendetegnet af flere sygehusaktører, manglende samlet drift- og planlægning mellem disse og en meget bred vifte af sygehusbehandling på et særdeles højt i den indre del af metropolen.

For i hele hovedstadsmetropolen at opnå en mere hensigtsmæssig sygehusplanlægning og fordeling af specialerne, og dermed forbundne rationaliseringsgevinster og forbedringer af behandlingskvaliteten, udarbejdede den i forvejen nedsatte sygehuskommission i 1996 en delbetænkning om hovedstadsmetropolens sygehusstruktur. Her anbefalede en nøje regional planlagt og koordineret dels reduktion og koncentration af akutte døgnbetjente funktioner, specialafdelinger, land- og landsdelsfunktionerne og dels dannelse af lokale optagelsesområder for de enkelte sygehuse.

En omstrukturering, der var mulig som følge af hovedstadsmetropolens befolkningskoncentration og tætte bebyggelse, og som efter sygehuskommissionen kunne opnås ud fra forskellige modeller. Da de tungeste og fleste koordinationsproblemer vedrørte den indre del af hovedstadsmetropolen og dermed HSs og Københavns Amtskommune, lagde kommissionen op til enten et formaliseret samarbejdsorgan mellem de to sygehusaktører eller en sammenlægning af de to sygehusvæsener enten i form af:

En udvidelse af HS med Københavns Amtskommune eller dannelsen af en såkaldt lille hovedstadsamtskommune, hvorved hovedstadskommunerne frigjordes for disse amtskommunale opgaver og som almindelige primærkommuner indtrådte i den geografisk og ressortmæssigt udvidede Københavns Amtskommune. Uanset hvilken organisationsform, der valgtes for den indre del af hovedstadsmetropolens sygehusvæsen, skulle der efter kommissionsbetænkningen mellem dette og det øvrige Sjællands amtskommunale sygehusvæsener indgås aftaler om benyttelse af og økonomi for lands- og landsdelssygehusafdelinger, amtsspecialer og patientfordelingen på de enkelte amtskommuners sygehuse. ⁵⁵

Selv om regional sygehusplanlægning- og drift indgik centralt i 90'ernes kommissionsbetænkninger om løsningen af hovedstadsmetropolens fremtidige regionsopgaver, blev end ikke planlægningsdelen, som under Hovedstadsrådet, optaget i HURs opgaveportefølje og forblev som i

dette tiår fortsat overladt til statens overordnede styring. Skønt det samtidig med oprettelsen af HUR fra centralstatsligt hold var blevet bestemt, at HS og Københavns Amtskommune skulle udarbejde en fællesplan for de to sygehusvæsen i den indre del af metropolen, blev det i de første år efter årtusindeskiftet alene til et mellem de to sygehusaktører oprettet fælleskontor for sygehusberedskab. En kontorfunktion, hvis aktiviteter ganske vist fastlagdes gennem en årlig handlingsplan, men blot førte til fællesvisitation for bestemte patientkategorier, en række kliniske samarbejdsaftaler, og at Hvidovre Hospital tillige skulle fungere som lokalsygehus for denne kommunes borgere.⁵⁶

Regionerne

Med den fragmenterede karakter hovedstadsmetropolens sygehussektor forsat havde i de første år af 00'erne, blev forandringerne på sygehusområdet den eneste regionale gevinst for metropolen, der opnåedes ved 2007-struktureformen. I den forbindelse samledes Københavns og Frederiksborg amtskommuners og HSs sygehusvæsen under Region Hovedstaden, mens nedlagte Roskilde Amtskommunes sygehusvæsen underlagdes Region Sjælland sammen med sygehusene fra tidligere Vestsjællands og Storstrøms amtskommuner. Østdanmark samledes således i to enhedssygehusvæsen.

Region Hovedstaden

Med samlingen af de hidtidige tre amtskommunale sygehusvæsen under Region Hovedstaden bød muligheden sig for at planlægge og drive et enhedssygehusvæsen i størsteparten af hovedstadsmetropolen. Allerede i 2007 gennemførtes således regionens første hospitalsplan, der lagde op til en samling af en lang række behandlingstilbud på færre enheder på hver af regionens forskellige sygehuse og tildelte Rigshospitalet, integreret med hospitalet i Glostrup, rollen som det af regionens sygehus, der kom til at stå for den mest specialiserede behandling.

Samtidig opdelt regionen i fire plan- og optageområder i form af: Dels et betegnet Byen omfattede det meste af de to hovedstadskommuner. Dels et andet med betegnelsen Syd med Amager og Vestegnens forstæder. Dels et tredje betegnet Midt omfattende Nord- og Nordvestegnens forstæder og områderne vest for i retning mod Roskilde Fjord. Dels et fjerde med betegnelsen Nord med det øvrige Nordsjælland og den nordlige del af Hornsherred. Plan- og optageområderne fik et befolkningsunderlag på mellem 310.000 og 460.000 indbyggere, hvilket var en tilstrækkelig størrelse til, at almindeligt forekommende sygdomme kunne behandles i hvert af områderne og dermed nær borgerne med fokus på sammenhængende patientforløb uden unødvendige overflytninger.

Hospitalsfordelingen i Region Hovedstaden efter Hospitalsplan 2007		
Optage- og planlægningsområde	Områdehospital	Nærhospital
Byen	Bispebjerg Hospital	Bispebjerg Hospital Frederiksberg Hospital
Syd	Hvidovre Hospital	Hvidovre Hospital Glostrup Hospital Amager Hospital
Midt	Herlev Hospital	Herlev Hospital Gentofte Hospital
Nord	Hillerød Hospital	Hillerød Hospital

Kilde: Som angivet i nedenstående note.

Hver af de fire plan- og optageområder udrustedes med et områdehospital, senere betegnet akuthospital, med fælles akutmodtagelse, hvorved dette blev den primære indgang for patienter med

akutte behandlingskrævende sygdomme og lidelser. Områdehospitalerne skulle varetage fælles kirurgisk og medicinsk akutmodtagelse og fødsler for hvert planlægningsområde.⁵⁷ Til dette formål skulle områdehospitalerne have de specialer, der var nødvendige for at varetage modtagelse og behandling på hovedfunktionsniveau af borgere med akutte sygdomme.

Det drejede sig om akut kirurgi, akut ortopædkirurgi, akut intern medicin, kardiologi, lungemedicin, gastroenterologi, endokrinologi, geriatri, infektionsmedicin, reumatologi samt anæstesiologi, inkl. intensiv behandling, diagnostisk radiologi, klinisk biokemi, patologi, klinisk fysiologi og nuklearmedicin. Dertil kom, at områdehospitaler som fødested skulle have gynækologi og obstetrik samt pædiatri med neonatologisk funktion.



Rigshospitalets nordkompleks til højre og ældre centralbygning til venstre. Foto: 2019, (<https://www.rigshospitalet.dk/om-hospitalet/nybyggeri/Sider/vi-flytter-i-nordfloejn.aspx>)

I hvert planlægningsområde skulle et eller to hospitaler, inkl. områdehospitalet, fungere som nærhospitaler og sikre den nødvendige nærhed i behandlingen på det medicinske område og samarbejdsrelationerne lokalt til kommunerne. Nærhospitalerne skulle kunne modtage akutte medicinske patienter fra optageområdet, men skulle især varetage planlagte og ambulante udredninger og behandlinger. For nærhospitalerne i Gentofte og Glostrup gjaldt særligt, at de ud over nærhospitalsfunktionen samtidigt skulle varetage udvalgte hoved- og specialfunktioner inden for henholdsvis hjerte- og lungemedicin i Gentofte og inden for neurologi, neurokirurgi og neurorehabilitering i Glostrup.

Hospitalsplanen medførte desuden, at funktionerne på sygehusene i Hørsholm og Esbønderup samt Klinik for rygmarvsskader i Hornbæk nedlagdes og flyttedes til regionens øvrige hospitaler. På det almenpsykiatriske område samledes opgaverne på psykiatriske centre forskellige steder i regionen,

mens Sankt Hans Hospital i Roskilde primært kom til at fungere inden for det retspsykiatriske område.

Med Hospitalsplan 2007 skabtes grundlaget for Region Hovedstadens videre sygehusplanlægning. Denne førte, ud over nedlæggelserne af hospitalerne i Frederikssund og Helsingør og senere på Frederiksberg, til en meget omfattende byggeaktivitet, der blev planlagt til afslutning i 2025. På Rigshospitalet i form af en meget stor ny nordfløj og ud over renovering af Lersø-komplekset fra 60'erne og de fredede pavilloner på Bispebjerg Hospital nord for disse et meget stort nyt hospitalskompleks og et nyt omfattende psykiatrisk center. På hospitalerne i Hvidovre og Herlev i form af et betydeligt nybyggeri til akutmodtagelse og -behandling og på Glostrup Hospital bygninger til varetagelse af svære rehabiliteringsfunktioner efter hjerne- og rygskeer. Endelig i Hillerød et helt nyt hospitalskompleks for Nordsjælland.⁵⁸

Region Sjælland

Selv om det efter årtiers talrige forsøg på at integrere hovedstadsmetropolens fragmenterede sygehusstruktur i årene efter 2007-strukturreformen lykkedes Region Hovedstaden i dets område at etablere et samlet og endog stærkt udbygget sygehusvæsen, blev det på det sygehusplanmæssige område nærmest en absurditet, at det med den øvrige del af metropolens integrerede område, som omfattedes af den tidligere Roskilde Amtskommune, blev en del af Region Sjælland. Som følge af den stærke befolkningskoncentration i denne del af regionen og et noget søgt argument om de bedste motorvejstilkørselsforhold, valgte Region Sjælland at lokalisere regionens mest udbyggede sygehusfunktion i det, der betegnedes Universitetshospital Sjælland. Dette fik i første omgang ikke et samlet sygehuskompleks, idet funktionerne fordeltes på det hidtidige centralsygehus i Roskilde og det såkaldte supersygehus i Køge, som der blev lagt store udbygningsplaner for og siden skulle udvikle sig til regionens specialsygehus.

En højprioriteret sygehusfunktion, der ikke blot placeredes tæt ved den øvrige del af hovedstadsmetropolens storsygehuse og dermed meget langt fra Region Sjællands yderområder på sydhavsøerne og Syd- og Vestsjælland, men som følge af at Region Sjællands position som landet næstmindste region samtidig ikke udbyggedes i tilstrækkeligt omfang til at kunne dække regionens specialiserede behandlingsbehov. Med den konsekvens at Region Sjælland blev stærkt afhængig af Region Hovedstadens langt mere udbyggede hospitalsvæsen.

Selv om hospitalerne i Region Hovedstaden påtog sig behandling af patienter fra hele landet, kom hovedparten af disse således fra Region Sjælland. Patienter fra Region Sjælland henvistes som udgangspunkt til Region Hovedstaden, og de specialiserede behandlinger blev derfor her planlagt med udgangspunkt i det samlede patientgrundlag i de to regioner. For at styrke hospitalsvæsenet og sikre, at borgerne i Østdanmark fik den optimale behandling, indgik Region Hovedstaden og Region Sjælland et forpligtende og styrket samarbejde om blandt andet behandling, kapacitet og faglig udvikling. Med samarbejdet skulle der sikres en tæt dialog mellem de to regioner ved specialiserede behandlinger, inden andre regioner blev inddraget. Region Hovedstaden ville endvidere gennem det tætte samarbejde understøtte, at Region Sjælland kom til at hjemtage flere specialiserede funktioner, hvor det skønnedes fagligt hensigtsmæssigt og forsvarligt.⁵⁹

Konklusion

Et af omdrejningspunkterne i hovedstadsmetropolens udvikling fra midten af det 19. århundrede og de følgende 150 år har været historien om, hvorledes metropolens udvikling som en byregion generede stadig flere behov for regionale rammebetingelser for dens byregionale funktion og

offentlige instansers mere eller mindre vellykkede forsøg på at tilvejebringe dem. Hovedstadsmetropolens sygehussektor udgør en af mange eksempler.

Tiden frem til første verdenskrig

Lige på nær statens tilvejebringelse af en overordnet infrastruktur af havne- og jernbaneanlæg og Københavns Kommune etablering af en samlet spildevandsudledning fra hele hovedstaden, blev tilvejebringelsen af de øvrige regionale rammebetingelser for den fremvoksende hovedstadsmetropolis funktion som en byregion i den sidste halvdel af det 19. århundrede og de første årtier af det følgende overladt enkeltvis til kommunerne og det privat initiativ. Dette blev også tilfældet ved periodens etablering og opbygning af en sygehussektor i metropolen.

Artiklen har således påvist, at de to hovedstadskommuner og Københavns Amtskommune uden nogen form for planlægning eller koordination hver for sig op- og udbyggede hver sine adskilte sygehusvæsen. Hertil kom landsdækkende Rigshospitalet, statens militære hospitaler og et større antal privat-selvejende betalingshospitaler. Den fremvoksende hovedstadsmetropolis sygehussektor fik dermed karakter af et kludetæppe af usammenhængende og stærkt forskelligartede behandlingstilbud.

Kendetegnet af efterhånden (efter tidens standard) moderne og udbyggede sygehusvæsen i de som følge af folkemængde og differentieret erhvervsgrundlag mere ressourcestærke hovedstadskommuner og et både i sengepladsvolumen og specialiseringsgrad mindre sygehusvæsen i Københavns Amtskommune. En fortsat rural amtskommune, som udfordredes af: Dels de forøgede sygehusopgaver, der fulgte af stadig større stationsbyer og fremvoksende forstæder. Dels det største sygehus' historisk beliggenhed på Frederiksberg og dermed uden for amtskommunen.

Trods de regionale ubalancer, der i perioden udfordrede en ensartet behandling af arbejdskraften og den øvrige del af hovedstadsmetropolens befolkning og dermed dens funktion som en byregion, har artiklen påvist, at metropolens sygehussektor med socialhjælpsstatens velfærdspolitiske tilløb brød koblingen til fattigvæsenet og dets stigmatiserende ydelser og tidligt opdeltes i kliniske specialafdelinger. Herved understøttedes den foreliggende forskningslitteraturs påvisning af sygehussektorens landsdækkende brud med de stedlige fattigvæsen og hovedstadsmetropolens særegne tidligt specialiserede behandling i forhold til landets overvejende blandede sygehusafdelinger.

Mellemløstid og 40'erne

Forskelle mellem det øvrige land, der forstærkedes samtidig med, at hovedstadsmetropolen udbyggedes yderligere som en byregion i mellemkrigstiden og 40'erne. Mens sygehussektoren rundt om i landet med henblik på en højere grad af behandlingsspecialisering centraliseredes i form af nedlæggelse af mindre sygehuse og oprettelse af et mindst et centralsygehus i hver amtskommune, har artiklen påvist, at en tilsvarende centralisering ikke kunne gennemføres på samme måde i metropolen. Som følge af dens fragmenterede sygehusstruktur med: Tre kommunale sygehusvæsen, statslige hospitaler og privat-selvejende betalingshospitaler.

Mens staten, Københavns og Gentofte som regionale aktører i perioden tilvejebragte flere af de regionale rammebetingelser for hovedstadsmetropolens byregionale funktion, blev frembringelsen af andre overladt til fælleskommunale samvirker. Et af disse blev det regionale indlæggelsesaftalesystem, der opbyggedes mellem de kommunale sygehusvæsen indbyrdes og mellem disse og Rigshospitalet og de privat-selvejende hospitaler.

Selv om der herved opnåedes en bedre udnyttelse af de regionale sygehusressourcer, karakteriseredes perioden forsat af et regionalt ujævnt behandlingstilbud. Da Københavns Amtskommune ikke havde ressourcer til at løfte dens sygehusvæsen op på samme niveau som hovedstadens, blev særlig afhængig af indlæggelsesaftaler med dens hospitaler, og amtskommunens nye og efterhånden ganske store sygehus i Gentofte placeredes i forstadsområdets allerøstligste del. En uhensigtsmæssig beliggenhed, der særlig ramte Nordvest- og Vestegnen og det ydre Amager, som netop var under hastig forstadsudbygning.

Betydelige regionale forskelle, der udgjorde barrierer for arbejdskraftens og den øvrige metropolbefolkningens ensartede sygehusbehandling, og en udfordring for hovedstadsmetropolens byregionale funktionalitet. Dog modvirket af den udbygning af både specialiseringsgrad og sengemængde i hele hovedstadsmetropolens sygehussektor, som artiklen påviser. En udbygning, som ikke blot udsprang af metropolens stigende folketal, men tillige var en udløber af det stadig større sygemedlemskab, statsbidrag til både sygekasser og sygehuse, som var afgørende for, at sygehusbehandling blev en universel velfærdsydelse. Grundlaget for, at hovedstadsmetropolens sygehuse bidrog til, at sygehussektoren blev en del af de bærende søjler i den tidlige velfærdsstats velfærdssystem.

En velfærdsstatslig inklusion, som også ses i forskningslitteraturen, der tillige har hæftet sig ved den forskelligartede karakter, metropolens sygehussektor stadig havde i perioden. En særlig karakter, som artiklen påviser udsprang af yderligere udbygninger af og afdelingsspecialisering på storhospitalerne på Bispebjerg og Frederiksberg og amtssygehuset i Gentofte.

Den første efterkrigstid

En udbygning, som artikler påviser fik en særlig voldsom vækst i den første efterkrigstid gennem et nyt sygehushøjhuskompleks på det i forvejen store Bispebjerg Hospital, andre udvidelser af københavnske hospitaler og på Frederiksberg Hospital, Københavns Amtskommunes nye og store sygehus i Glostrup og igangsættelse eller planlægning af: Hvidovre Hospital, Københavns Amtssygehuse i Herlev, det nye Rigshospital og betydelige sygehusudvidelser i Frederiksborg og Roskilde Amtskommuner.

En vækst i bygningsvolumen, som også omfattede en yderligere udbygning af indlæggelsesaftalesystemet mellem hovedstadsmetropolens kommunale, statslige og privatselvejende sygehusaktører, og understøtter forskningslitteraturens påvisning af de landsdækkende massive stigninger i samtlige af sygehusområdets vækstparametre. Herved opnåedes ganske vist både et større behandlingstilbud og en mere rationel udnyttelse af metropolens samlede sygehuskapacitet, men manglende koordination af de mange sygehusaktørers byggeprojekter og anvendelse af indlæggelsesaftalesystemet og fraværet af en regional sygehusplan netop under denne ekstreme vækst fik en række uheldige sideeffekter:

Oparbejdelse af overkapacitet på hovedstadens kommunehospitaler, en herfra løsrevet overdimensionering af amtssygehuset i Herlev og en underkapacitet i metropolens yderområde, hvor der ikke blev gennemført en i forhold til befolkningstilvæksten tilstrækkelig udbygning af de store centralsygehuse og de mange og ofte små stadig provinsorganiserede sygehuse. En betydelig udfordring for en ensartet sygdomsbehandling af arbejdskraften og den øvrige del af metropolens befolkning.

Mens staten og fælleskommunale samvirker i den første efterkrigstid blev de drivende regionale aktører bag tilvejebringelse af nogle af de regionale rammebetingelser for hovedstadsmetropolens byregionale funktion, opnåedes disse bestræbelser således ikke på det regionale sygehusområde. Ligesom for metropolens kollektive trafik et resultat af et stort antal ikke samarbejdende udførende aktører og en lovgivning og en kommunal struktur, der ikke svarede til metropolens helt særlige regionale karakter.

Den sidste efterkrigstid

En udfordring, der havde kendetegnet hovedstadsmetropolen siden den formedes i slutningen af det 19. århundrede, og som artiklen påviser først fandt sin løsning med oprettelsen af Hovedstadsrådet i 1974. Et regionskommunalt organ, der i den sidste efterkrigstid gennemførte en samlet regionsplanlægning og drift og planlægning af den kollektive trafik og gennem sin bindende sektorplanlægning med tilknyttede tilsyns-, godkendelses- og administrationsbeføjelser reelt blev tilvejebringende for metropolens øvrige regionale rammebetingelser med stat, primær- og amtskommuner og fælleskommunale samvirker som udførende aktører.

I modsætning til det øvrige ressort, der var tillagt Hovedstadsrådet, fik det ikke de samme plan- og tilsynsmæssige beføjelser på sygehusplanlægningsområdet. Denne planlægning skulle baseres på de amtskommunale sygehusvæseners sygehusplanudkast, og vanskeliggjordes af stærke statsinteresser i denne planlægningsdel.

Trods hovedstadsmetropolens forsat stærkt fragmenterede sygehusstruktur, førte et samspil mellem Hovedstadsrådets overordnede regionale sygehusplanlægning, en stadig stærkere statsstyring af sygehusområdet og den koordinering af de sygehusemæssige dispositioner, som rådet samtidig fik etableret i forbindelse med det planforberedende arbejde, ikke desto mindre til, at den første efterkrigstids planløse udvikling i de kommunale sygehusvæsen i den sidste efterkrigstid blev afløst af samlede sygehusemæssige dispositioner. Truffet ud fra et langt fastere regionalt funderet plangrundlag, hvorved gennemførtes:

Dels den helt nødvendige nedbringelse af den overkapacitet, som hovedstadsmetropolens samlede sygehussektor havde oparbejdet op gennem den første efterkrigstid. Dels en udjævning af både de regionale skævheder i metropolens sygehusudbud og de ubalancer mellem sengepladser og befolkningens størrelse i metropolen, der var fulgt med den hidtidige ukoordinerede sygehusvækst. Med det resultat, at hovedstadsmetropolens samlede sygehuskapacitet udnyttedes langt mere rationelt, samtidig med der tilvejebragtes et mere regionalt ensartet behandlingstilbud. Afgørende for arbejdskraften produktionssevne og dermed for metropolens funktion som en byregion.

Artiklen understøtter dermed ikke blot Jørgen Mikkelsens iagttagelse af Hovedstadsrådets værdifulde bidrag til den sidste efterkrigstids sygehusplanlægning i hovedstadsmetropolen, men også den landstendens, som den øvrige forskningslitteratur har påvist som kendetegnede for periodens sygehussektor. I form af både en vis udjævning af de betydelige forskelle mellem amtskommunerne og betydelige reduktioner i både det offentliges udgifter til og de øvrige vækstparametre i sygehussektoren. En følge af de statsfinansielle opstramninger, men også et brud i kontinuiteten i den udvikling, som forskningslitteraturen har set som karakteristisk for sygehusområdets udvikling siden mellemkrigstiden.

Årtierne omkring årtusindeskiftet

Artiklen har desuden påvist, at såvel nationale politiske faktorer som økonomiens yderligere globalisering i årtierne omkring årtusindeskiftet førte til en afvikling eller i hvert fald decimering af

de regionskommunale organer, der var oprettet i de fleste vesteuropæiske metropoler i den sidste efterkrigstid. Et udtryk for tidens neoliberalistiske strømninger, der søgte at frisætte kommunerne i forhold til et regionalt mellemed for, at disse i en mere internationaliseret konkurrenceøkonomi kunne handle mere selvstændigt, konkurrere indbyrdes og udvise entreprenørskab med andre offentlige og private aktører.

Vesteuropæiske udviklingstendenser, som artiklen dokumenterer i vidt omfang også slog igennem i periodens hovedstadsmetropolen. Først med nedlæggelsen af Hovedstadsrådet i 1990, hvorved tilvejebringelsen af regionale rammebetingelser for metropolens byregionale funktion enkeltvis overgik til den fem amtskommunale enheder, og siden med 2007-strukturreformens afvikling af det amtskommunale niveau i hele landet.

Afgørende for, at frembringelsen af regionale rammebetingelser, der havde betydning for hovedstadsmetropolens funktion som en byregion, i stadig større omfang blev overladt til kommunerne og fællesoffentlige byomdannelses- og infrastrukturselskaber og de der herskende snævre lokale interesser. Med det resultat, at metropolen i årtierne omkring årtusindeskiftet blev kendetegnet af en stadig mere udtalt regional planløshed og en deraf følgende regional skævvridning.

Udviklingstendenser, som artiklen påviser nærmest undtagelsesvist gik udenom hovedstadsmetropolens sygehussektor. En følge af statens forsøg på at styre den omkostningstunge sygehussektor som helhed og at få et fastere greb om metropolens forsat fragmenterede sygehusstruktur. En følge af, at staten op gennem 80'erne havde hindret Hovedstadsrådet i at fuldføre den regionale sygehusplanlægning, der oprindeligt var tillagt rådet.

I den forbindelse påviser artiklen, at der med oprettelsen af forvaltningsheden Hovedstadens Sygehusfællesskab i 1995 gennemførtes en sammenlægning af centralbyens to hovedstadskommunale sygehusvæsen og Rigshospitalet. Herved skabtes rammer for en samlet drift og planlægning af sygehussektoren i denne del af hovedstadsmetropolen, men uden at Københavns Amtskommunes sygehusvæsen blev en del af denne ordning. Kritisk for en regional ensartet patientbehandling og rationel udnyttelse af sygehuskapaciteten i den indre bebyggelses- og befolkningsmæssigt mest koncentrerede del af metropolen, som amtskommunens og HS' sygehusvæsen omfattede.

Et misforhold, der rettedes op på ved dannelsen af 2007-strukturreformens regioner. Under Region Hovedstaden lagdes HS og Københavns og Frederiksborg amtskommuners sygehusvæsen, og for hele området gennemførtes en samlet sygehusplanlægning. Grundlaget for nedlæggelse af en række særlig mindre sygehuse, omfattende udvidelser af tilbageværende, en samlet og mere rationel fordeling af behandlingsspecialerne, Rigshospitalet position som den højeste specialiserede behandlingsinstitution og en opdeling af regionen fire optageområde med hvert sit områdehospital og nærhospitaler.

For tilvejebringelse af regionale rammebetingelser for hovedstadsmetropolens byregionale funktion blev en samlet regional og sammenhængende sygehussektor således den eneste gevinst, der opnåedes ved 2007-strukturforformen. Dog med den betydelige undtagelse, at hovedstadsmetropolen blev delt i to, idet den med metropolen integrerede tidligere Roskilde Amtskommune kom til at indgå i Region Sjælland samme med tidligere Vestsjællands og Storstrøms Amtskommuner.

Med den konsekvens, at Region Sjælland placerede sit højst specialiserede sygehus (Sjællands Universitetshospital) med funktioner i både Køge og Roskilde. Ganske vist i den del af regionen, hvor befolkningskoncentrationen var størst, men med afstande til de store områdehospitaler i hovedstadsmetropolen i Hvidovre og Herlev på kun 35-40 km og op til 130 km fra Region Sjællands udkant. Dermed en u hensigtsmæssig anvendelse af sygehusressourcerne i hovedstadsmetropolens område og uacceptabelt lange afstande fra det øvrige Østdanmark til Region Sjællands mest udbyggede sygehustilbud.

Summary

This article uncovers how, in the emerging capital metropolis, from the middle of the 19th century and until a while after the turn of the century, a large number of hospitals were uncoordinatedly established by various actors: The capital's municipalities, the metropolis's county municipalities, the state and private self-owned institutions. With the result that hospital provision became regionally uneven.

In order to counteract this and at the same time achieve a more efficient use of hospital resources, the various hospital actors began to enter into hospitalization agreements between themselves in the interwar period. Schemes that were further developed in the first post-war period, but as the articles show, did not counteract the planless nature of the hospital sector. With the establishment of the Capital Metropolis Council in 1974, this included tasked with preparing a comprehensive regional hospital plan for the entire metropolitan area. Contributing to the metropolis's county municipalities creating a more uniform hospital offer.

Since the Capital Metropolis Council was not able to sufficiently carry out its hospital planning in the capital itself (Copenhagen-Frederiksberg) upon its closure in 1990, it was not until 2007 that an overall regional hospital structure was implemented with the regional councils for the largest part of the capital city.

Litteratur

- Amtssygehuset i Gentofte 1927-2002, 2002. Susanne Paulsen. Glostrup Hospital gennem 50 år, 2008.
- Andersen, Hans Thor: Bypolitik i Danmark efter 1960 – i historisk perspektiv, i Den moderne By (Red.: Søren Bitsch Christensen, 2007.
- Bro, Henning og Helga Mohr: Frederiksberg Kommune 1950-2008, 2008.
- Bro, Henning: Det skæve gymnasium- geografiske skævheder i hovedstadsmetropolens gymnasietilbud i det 20. århundrede, Uddannelseshistorie 2019.
- Bro, Henning: Fra regional plan til regional planløshed. Hovedstadsmetropolens udvikling omkring årtusindeskiftet METROPOL 2021, nr. 2.
- Bro, Henning: Hovedstadsmetropolen – den danske byregion. Regionale rammebetingelser for det danske hovedstadsområdes funktion som en byregion i perioden 1850-1990, bd. 1-3, Frydenlund Academic, 2023.
- Christensen, Søren Bitsch og M.L. Thøgersen: Bysystem og urbanisme i Den moderne By Red.: (Red.: Søren Bitsch Christensen), 200.
- Dansk Velfærdshistorie (Red. Jørn Henrik Pedersen, Klaus Pedersen og Niels Finn Christiansen), 2014, s, 11-74.
- Ejlersen, Torben: Kraftcenter og fristad, Københavns historie efter 1945, bd. 6.
- Fra fortid til nutid, Spredte træk af Københavns Sygehusvæsens historie, 1952.
- Gautier, Henrik: Hovedstadens forvaltning 1814-1910, Dansk forvaltningshistorie (red. Tim Knudsen), bd. I, 2000.
- Gautier, Henrik: Hovedstadens forvaltning 1901-1953, Dansk forvaltningshistorie (red. Tim Knudsen) bd. II, 2000.
- Geografiske forskelle i borgernes sygehusforbrug i Region Midtjylland. Forbrugsvariationsprojektet. Delprojekt 1, Region Midtjylland, 2016.
- Holm, Axel og Kjeld Johansen: København 1840-1940, Københavns Borgerrepræsentation, 1949.
- Jacobsen, Kurt og Klaus Larsen: Ve og velfærd: læger, sundhed og samfund gennem 200 år, 2007.
- Jensen, Sigurd og Claus M. Smidt: Rammerne sprænges, Københavns historie, 1830-1900, bd., 4, 1982.
- Jensen, Sigurd: Under fælles ansvar, Københavns historie, 1900-1945, 1981.

- Jensen, Sigurd: København Hospitalsvæsen 1863-1963, 1961.
 Københavns Amtssygehus i Gentofte 1927-1977, 1977.
 Mikkelsen, Jørgen: Hovedstadsrådet – brobygger, blindtarm eller borgmesterklub i Hovedstadsmetropolen efter 1945 (red.: Henning Bro m.fl.), 2011.
 Mølgaard Frandsen, Henrik og Mikkel Thelle: Soft space – byregioner, business regions og megaregioner, Fabrik og Bolig, 2017.
 Paulsen, Susanne: Glostrup Hospital gennem 50 år, 2008. ’
 Vallgård, Signild: Sygehuse og sygehuspolitik i Danmark. Et bidrag til det specialiserede sygehusvæsens historie 1930-1987 [disputats], 1992.
 Vallgård, Signild: Sygehusvæsenet i dansk politik 1990-1990, Arbejderhistorie, 1996, nr. 4.
 Vallgård, Signild: Folkesundhed som politik: Danmark og Sverige fra 1930 til i dag, 2003.
 Vallgård, Signild: Sundhedspolitik. Teorier og analyser, 2013.

Trykte kilder

- Folketingstidende, 1968-2004
 Lovtidende, 1969-1989
 Ministerialtidende, 1977.
 Betænkningen vedrørende København og Frederiksberg afgivet af den af Indenrigsministeriet under 30. april 1930 nedsatte kommission, 1935.
 Betænkning afgivet af Hovedstadskommissionen, 1948.
 Oplæg til forslag til etablering af et hovedstadsråd afgivet af Undersøgellesudvalget vedrørende den fremtidige hovedstadsordning, udarbejdet på grundlag af vedtagelser i mødet den 11. juni 1969.
 Hovedstadsområdet. Befolkning. Opgaver. Økonomi, Hovedstadsreformudvalgets Sekretariat, 1970.
 Hovedstadsområdet. Betænkning. Hovedstadsreformudvalget, 1971.
 Delbetænkning vedrørende lands- og landsdelsfunktioner. Afgivet af det af indenrigsministeren nedsatte udvalg, 1977.
 Strukturkommissionens betænkning bd. II, 2004.
 Hovedstadskommissionen om hovedstadsområdets fremtidige struktur, 1995.
 En analyse af sygehuskapaciteten i hovedstadsområdet. Delbetænkning fra Sygehuskommissionen, 1996.
 J.P. Trap: Danmark, 5. udgave, bd. II,I, 1959.
 J.P. Trap: Danmark, 5. udg. bd. III, 3, s. 1960.

Utrykte kilder

- Frederiksberg Stadsarkiv*
 Journalsager 1901-1987 Sekretariatet [A 10].
 Journalsager, 1935-1983. Hospitalsvæsenet [A 300]
 Emneordnede sager: Hovedstadsrådet Sygehusplanlægning, 1980-1986, Hospitalsdirektoratet [A 300].
 Fællesudvalget til Bygning af Frederiksberg Hospital 1897-1902, Hospitalsvæsenet [A 300].

Digitale kilder

- <http://web.archive.org/web/20070811234203/http://www.hosp.dk/direktion.nsf/Kandokumenter/329D869E87ADF634C12566C4006AD1D6>
<http://web.archive.org/web/20010111140300/http://www.hosp.dk/direktion.nsf/ResponseDokumenter/98273BADBFDE12E8C1256881002DC4CE>
<http://web.archive.org/web/20060129171622/http://www.hosp.dk/direktion.nsf/ResponseDokumenter/5919F366CF6663AFC12569EE00476879>
<http://web.archive.org/web/20121004154933/http://www.hosp.dk/direktion.nsf/ResponseDokumenter/7F16396A14B8E96EC1256B870058B5DB> <https://www.hvidovre.dk/referatarkiv/Socialudvalget/1997/970205.07.pdf>
<https://www.regionh.dk/til-fagfolk/Sundhed/hospitaler/HOPP/Documents/Hospitalsplanjuni2009.pdf>
<https://www.regionh.dk/til-fagfolk/Sundhed/hospitaler/HOPP/Tidligere-hospitalsplaner/Documents/HOPP%20C3%A6ndringer%202012.pdf>
<https://www.regionh.dk/til-fagfolk/Sundhed/hospitaler/HOPP/Tidligere-hospitalsplaner/Documents/HOPP%20C3%A6ndringer%202014.pdf>
<https://www.regionh.dk/til-fagfolk/Sundhed/hospitaler/HOPP/Tidligere-hospitalsplaner/Sider/2015-revision-af-Hospitals-og-Psykiatriplan-2020.aspx>
<https://www.regionh.dk/til-fagfolk/Sundhed/hospitaler/HOPP/Documents/Hospitalsplan%202020.pdf>
<https://www.regionh.dk/til-fagfolk/Sundhed/hospitaler/HOPP/Documents/Hospitalsplan-2025.pdf>
<https://www.rigshospitalet.dk/nythospitalblegdamsvej/projektet/det-bygger-vi/Sider/nordfloejn.aspx>
<https://www.bispebjerghospital.dk/nythospital/projektet/det-bygger-vi/Sider/default.aspx>

<https://www.herlevhospital.dk/nythospitalherlev/Projektet/akuthus/Sider/default.aspx>

<https://www.rigshospitalet.dk/nythospitalglostrup>

<https://www.hvidovrehospital.dk/nyt-hospital-hvidovre/Sider/nythospitalhvidovre.aspx>

<https://www.psykiatri-regionh.dk/Vi-bygger-Ny-Psykiatri/Sider/default.aspx>

¹ Se henvisninger til kildemateriale i ovenstående samt <https://www.regionsjaelland.dk/Sundhed/samarbejde-og-indsatser/Sundhedsplan/Regionens-sygehusvaesen/Sider/Sygehusplan.aspx>

<https://www.regionsjaelland.dk/Sundhed/samarbejde-og-indsatser/Sundhedsplan/Regionens-sygehusvaesen/Sider/Behandling-af-sjaeldne-sygdomme.aspx>

<http://publikationer.regionsjaelland.dk/KvalitetogUdvikling/RoskildeSygehusprofilpjece/?page=12><http://publikationer.regionsjaelland.dk/KvalitetogUdvikling/KgeSygehusprofilpjece/?page=12>

<https://www.rigshospitalet.dk/om-hospitalet/organisation/historie/Sider/rigshospitalets-historie.aspx>

<https://www.rigshospitalet.dk/om-hospitalet/organisation/historie/Sider/rigshospitalets-historie.aspx>

<https://www.nordsjaellandshospital.dk/om-hospitalet/organisation/historisk-tilbageblik/Sider/Hilleroed.aspx>

<https://www.nordsjaellandshospital.dk/om-hospitalet/organisation/historisk-tilbageblik/Sider/Hilleroed.aspx>

<https://www.nordsjaellandshospital.dk/om-hospitalet/organisation/historisk-tilbageblik/Sider/Hilleroed.aspx>

<https://www.nordsjaellandshospital.dk/om-hospitalet/organisation/historisk-tilbageblik/Sider/Hilleroed.aspx>

<https://www.nordsjaellandshospital.dk/om-hospitalet/organisation/historisk-tilbageblik/Sider/Hilleroed.aspx>

<https://www.nordsjaellandshospital.dk/om-hospitalet/organisation/historisk-tilbageblik/Sider/Hilleroed.aspx>

<https://www.nordsjaellandshospital.dk/om-hospitalet/organisation/historisk-tilbageblik/Sider/Hilleroed.aspx>

<https://www.nordsjaellandshospital.dk/om-hospitalet/organisation/historisk-tilbageblik/Sider/Hilleroed.aspx>

<https://www.nordsjaellandshospital.dk/om-hospitalet/organisation/historisk-tilbageblik/Sider/Hilleroed.aspx>

<https://www.nordsjaellandshospital.dk/om-hospitalet/organisation/historisk-tilbageblik/Sider/Hilleroed.aspx>

<https://www.nordsjaellandshospital.dk/om-hospitalet/organisation/historisk-tilbageblik/Sider/Hilleroed.aspx>

<https://www.nordsjaellandshospital.dk/om-hospitalet/organisation/historisk-tilbageblik/Sider/Hilleroed.aspx>

<https://www.nordsjaellandshospital.dk/om-hospitalet/organisation/historisk-tilbageblik/Sider/Hilleroed.aspx>

http://samf.ku.dk/fakultetet/historie/css/http://www.starbas.net/arkivskaber.php?id=787&laes_mere=ja

http://www.starbas.net/arkivskaber.php?id=684&laes_mere=ja

https://www.starbas.net/arkivskaber.php?id=671&laes_mere=ja

https://www.starbas.net/arkivskaber.php?id=881&laes_mere=jahttps://www.starbas.net/arkivskaber.php?id=874&laes_mere=ja

<https://www.starbas.net/arkivskaber.php?id=882>

<https://www.nordsjaellandshospital.dk/om-hospitalet/organisation/historisk-tilbageblik/Sider/Hilleroed.aspx>

<https://www.nordsjaellandshospital.dk/om-hospitalet/organisation/historisk-tilbageblik/Sider/Hilleroed.aspx>

<https://www.nordsjaellandshospital.dk/om-hospitalet/organisation/historisk-tilbageblik/Sider/Hilleroed.aspx>

<https://www.nordsjaellandshospital.dk/om-hospitalet/organisation/historisk-tilbageblik/Sider/Hilleroed.aspx>

<https://www.nordsjaellandshospital.dk/om-hospitalet/organisation/historisk-tilbageblik/Sider/Hilleroed.aspx>

<https://www.nordsjaellandshospital.dk/om-hospitalet/organisation/historisk-tilbageblik/Sider/Hilleroed.aspx>

<http://www.cfmoller.com/p/koege-sygehus-sygehus-oest-rask-i58.html>

Noter

Forkortelser:

FT: Folketingstidende

TA: Tillæg A

TB: Tillæg B

TC: Tillæg C

FF: Folketingets forhandlinger

Lovt.: Lovtidende

¹ Henning Bro: Hovedstadsmetropolen – den danske byregion. Regionale rammebetingelser for det danske hovedstadsområdes funktion som en byregion 1850-1990, Frydenlund Academic 2023, bd. 1, s. 31-32.

² Bro: Hovedstadsmetropolen – den danske byregion, 2022, s. 39-43.

³ Udover sygehussektoren kommer de regionale rammebetingelser for hovedstadsmetropolens byregionale funktionalitet i perioden til at omfatte en række andre aspekter. Således et politisk-administrativt rammeaspekt omfattende den politisk-administrative rammestrukturens mulighed for såvel rationel tilvejebringelse af disse regionale rammebetingelser som sikring af, at lokalkommunale økonomiske ubalancer ikke vanskeliggør en ensartet, sammenhængende og rationel tilvejebringelse af lokale rammebetingelser for arbejdskraften og realkapitalens mobilitet og funktionalitet og varer og tjenesters bevægelighed. Hertil et byspredningsaspekt i henseende til en sammenhængende

og rationel regional byspredning og fordeling af bebyggelsesarter af hensyn til tilstrækkelige hensigtsmæssigt beliggende arealer til og lokalisering af arbejdskraftens boliger og realkapitalens bygninger og produktionsanlæg, regional føring af forsynings- og trafiklinjer og regional lokalisering af forsyningsværker og regionale institutioner: Sygehuse, gymnasier, banegård, sø- og lufthavne. Afgørende forudsætninger for arbejdskraftens og realkapitalens funktionalitet og bevægelighed, vare- og tjenestemobiliteten i hovedstadsmetropolen og de øvrige overordnede samfundsforhold. Af hensyn til arbejdskraftens produktionsevne og dermed dens interaktion i hovedstadsmetropolen følger sig samtidig andre aspekter. Et friluftsaspekt omfattende tilstrækkelige og umiddelbart tilgængelige regionale rekreative områder, et gymnasie- og kulturaspekt i henseende til ensartede, rationelle og regionale almengymnasiale undervisningstilbud og kulturelle fritidstilbud. Herudover et forsyningsaspekt omfattede sikker, tilstrækkelig og rationel organiseret regional vand- og energiforsyning af arbejdskraftens boliger og realkapitalens produktionsbygninger og anlæg. Hertil et miljøaspekt i henseende til ensartet, sammenhængende og rationelt organiseret regional beskyttelse af arbejdskraftens produktionsvenne og realkapitalens funktionalitet mod miljømæssige sideeffekter af industrialisering og urbanisering. Helt centralt er trafikaspektet: Omfattende en sammenhængende, rationelt organiseret og regional trafikinfrastruktur af hensyn til den mest hensigtsmæssige og prisbilligste bevægelighed af arbejdskraften, varer og tjenester mellem hovedstadsmetropolens byenheder og mellem denne og det øvrige indland og udland. Til elementær beskyttelse af arbejdskraftens produktionsevne og mobilitet, realkapitalens funktionalitet og bevægelighed samt varers og bevægelige tjenester mobilitet mod konsekvenser af ulykkeshændelser og kriminelle handlinger, bliver et sammenhængende ensartet, regionalt og rationelt organiseret brand-, rednings- politi- og retsvæsenet tillige en væsentlig rammebetingelse for hovedstadsmetropolens funktion som i byregion i perioden. Jf. Bro: Hovedstadsmetropolen, 2022, s. 1123-1139.

⁴ Sigurd Jensen: København Hospitalsvæsen 1863-1963, 1961. Fra fortid til nutid, Spredte træk af Københavns Sygehusvæsens historie, 1952. Københavns Amtssygehus i Gentofte 1927-1977, s. 1977. Amtssygehuset i Gentofte 1927-2002, 2002. Susanne Paulsen. Glostrup Hospital gennem 50 år, 2008.

⁵ Sigurd Jensen og Claus M. Smidt: Rammerne sprænges, Københavns historie, 1830-1900, bd., 4, 1982, s. 140-142, 199-206. Sigurd Jensen: Under fælles ansvar, Københavns historie, 1900-1945, 1981, s. 81-85, 224-225. Torben Ejlersen: Kraftcenter og fristad, Københavns historie efter 1945, bd. 6, 18-22, 277. Henrik Gautier: Hovedstadens forvaltning 1814-1910, Dansk forvaltningshistorie, bd. I, 2000, s. 923-925, Henrik Gautier: Hovedstadens forvaltning 1901-1953, Dansk forvaltningshistorie (red. Tim Knudsen) bd. II, 2000, s. 829, 862.

⁶ Jørgen Mikkelsen: Hovedstadsrådet – brobygger, blindtarm eller borgmesterklub i Hovedstadsmetropolen efter 1945 (red.: Henning Bro m.fl.), HOKA 2011, s. 432.

⁷ Kurt Jacobsen og Klaus Larsen: Ve og velfærd: læger, sundhed og samfund gennem 200 år, 2007.

⁸ Signild Vallgård: Sygehuse og sygehuspolitik i Danmark. Et bidrag til det specialiserede sygehusvæsens historie 1930-1987 [disputats], 1992. Signild Vallgård: Sygehusvæsenet i dansk politik 1990-1990, Arbejderhistorie, 1996, nr. 4., s. 48-60. Signild Vallgård: Folkesundhed som politik: Danmark og Sverige fra 1930 til i dag, 2003. Signild Vallgård: Sundhedspolitik. Teorier og analyser, 2013.

⁹ Signild Vallgård: Sygehuse og sygehuspolitik i Danmark. Et bidrag til det specialiserede sygehusvæsens historie 1930-1987 [disputats], 1992, s. 41, 50-51 og 79-81.

¹⁰ Der henvises til de teoretiske overvejelser i: Geografiske forskelle i borgernes sygehusforbrug i Region Midtjylland. Forbrugsvariationsprojektet. Delprojekt 1, Region Midtjylland, 2016, s. 8-11.

¹¹ Som angivet ovenfor inddrager Vallgård en række statistiske variabler til belysning af det danske sygehusvæsens udvikling fra 1930 til 1990. Signild Vallgård: Sygehuse og sygehuspolitik i Danmark. Et bidrag til det specialiserede sygehusvæsens historie 1930-1987 [disputats], 1992, s. 35-81.

¹² Bag sygehusforbruget anfører Vallgård: 1. Befolkningens størrelse samt dens aldersmæssige og sociale sammensætning, der influerer på sygelighedens omfang og karakter 2. Liggetid, der ses afhængig af behandlingsteknologi og patientalder 3. Udbuddet af sengepladser 4. Graden af ambulante undersøgelser og behandlinger 5. Tæthed af praktiserende læger og speciallæger 6. Graden af indlæggelsestilbøjelighed fra lægelig side. Vallgård ser sygehusudbuddet bestemt af: Politiske prioriteringer og de demografiske og sociale faktorer, der ligger bag sygelighed og indlæggelsesbehov. Se henvisning i ovenstående note.

¹³ Bro: Hovedstadsmetropolen – den danske byregion, 2022, s. 1104.

¹⁴ Bro: Hovedstadsmetropolen – den danske byregion, 2022, s. 1110.

¹⁵ Frem til 1970-kommunalreformen varetog købstadskommunerne indenfor eget område, de amtskommunale opgaver, der var tillagt amtskommunerne i landdistrikterne. Se i øvrigt note 19.

¹⁶ Som den af eneste købstads- og amtskommune skulle Københavns Kommune efter lov fra 1884 selv varetage den fulde behandling af sindssyge og kunne således ikke indlægge på de statslige sindssygeanstalter. Dog ydedes der et særligt statstilskud til Sankt Hans Hospital i forhold til Københavns folketal. Betænkningen vedrørende København og Frederiksberg afgivet af den af Indenrigsministeriet under 30. april 1930 nedsatte kommission, 1935, s. 215.

¹⁷ Dette indebar, at sygehuse blev opført som små, ofte kun toetagers, enkeltstående bygninger (pavilloner) for at skaffe lys og luft til byggeriet og for at forebygge, at epidemier og brande bredte sig ukontrollabelt.

¹⁸ Axel Holm og Kjeld Johansen: København 1840-1940, Københavns Borgerrepræsentation, 1949, s. 119-125. Sigurd Jensen: Københavns Hospitalsvæsen, 1963, s. 9-74

¹⁹ Som landets øvrige købstads- og amtskommuner kunne der efter indlæggelse på Frederiksberg Hospitals psykiatriske afdeling efterfølgende ske videre indlæggelse på statens sindssygehospitaler. Betænkningen vedrørende København og Frederiksberg afgivet af den af Indenrigsministeriet under 30. april 1930 nedsatte kommission, 1935, s. 215-16.

²⁰ Med den frederiksbergske kommunallov fra 1857 tildeltes Frederiksberg Kommune en købstadskommunale status, der i det væsentligste svarede til landets øvrige købstadskommuner. Dog således at Frederiksberg Kommunes i forhold til Københavns Amtskommune stilledes som en landkommune. Dette bevirkede, at amtskommune de jura havde ansvaret for sygehusvæsenet, det kommunale politi, overordnede landeveje, arrestvæsen, regionale opgaver indenfor fattig- og skolevæsen m.m. på Frederiksberg. Byens betydelige vækst op gennem den sidste halvdel af det 19. århundrede førte dog til, at Frederiksberg Kommune i det væsentligste kom til at varetage de amtskommunale opgaver inden for byens område.

²¹ Ude i hovedstadsmetropolens fjernere opland blev periodens urbanisering kun i et begrænset omfang påvirket af den fremvoksende metropol, hvorfor sygehusbyggeriet som i størsteparten af det øvrige land blev langt mere beskedent end i både hovedstaden og Københavns Amtskommune. Frederiksberg og Roskilde Amtskommuner fik således to efter forholdene noget større blandede sygehuse i Hillerød og Roskilde, mens lokalsygehuse i de øvrige købstæder blev ganske små.

²² <https://www.rigshospitalet.dk/om-hospitalet/organisation/historie/Sider/rigshospitalets-historie.aspx>

Betænkningen vedrørende København og Frederiksberg afgivet af den af Indenrigsministeriet under 30. april 1930 nedsatte kommission, 1935, s. 215-216. Axel Holm og Kjeld Johansen: København 1840-1940, Københavns Borgerrepræsentation, 1949, s. 119-125. Sigurd Jensen: Københavns Hospitalsvæsen, 1963, s. 9-74. Henning Bro og Helga Mohr: Frederiksberg Hospital 1858-2008, 2008, s. 57-87 og 320-325.

²³ Hovedstadsområdet. Befolkning. Opgaver. Økonomi, Hovedstadsreformudvalgets Sekretariat, 1970, s. 114-116. J.P. Trap: Danmark, 5. udgave, bd. II, I, 1959, s. 490-526. <https://www.rigshospitalet.dk/om-hospitalet/organisation/historie/Sider/rigshospitalets-historie.aspx>

²⁴ J.P. Trap: Danmark, 5. udg. bd. III, 3, s. 1960, s. 1031-1032 og 1088. J.P. Trap: Danmark, 5. udg., bd. III, 1953, s. 45, 74, 83 og 92. <https://www.nordsjaellandshospital.dk/om-hospitalet/organisation/historisk-tilbageblik/Sider/Hilleroed.aspx> <https://www.nordsjaellandshospital.dk/om-hospitalet/organisation/historisk-tilbageblik/Sider/Helsingoer.aspx> <https://www.nordsjaellandshospital.dk/om-hospitalet/organisation/historisk-tilbageblik/Sider/Frederikssund.aspx> <https://www.nordsjaellandshospital.dk/om-hospitalet/organisation/historisk-tilbageblik/Sider/Frederiksvaerk.aspx> <https://www.nordsjaellandshospital.dk/om-hospitalet/organisation/historisk-tilbageblik/Sider/Hoersholm-Usseroed.aspx> <https://www.nordsjaellandshospital.dk/om-hospitalet/organisation/historisk-tilbageblik/Sider/Esboenderup.aspx> ²⁴ Fra fortid til nutid. Spredte træk af Københavns Amts sygehusvæsens historie, Københavns Amtsråd, 1952, s. 7-38. J.nr. 311/1901, Ø 69/1910-11 og 277/1944-45, Sekretariatet [Frederiksberg Stadsarkiv A 10].

²⁵ Bro: Hovedstadsmetropolen – den danske byregion, 2022, s. 1104-1105.

²⁶ Bro: Hovedstadsmetropolen – den danske byregion, 2022, s. 1110-1111.

²⁷ Sigurd Jensen: Københavns Hospitalsvæsen, Direktoratet for Københavns Hospitalsvæsen, 1964, s. 71-97.

²⁸ Henning Bro og Helga Mohr: Frederiksberg Hospital 1858-2008, 2008, s. 326-329.

²⁹ Fra fortid til nutid. Spredte træk af Københavns Amts sygehusvæsens historie, Københavns Amtsråd, 1952, s. 43-74. Københavns Amtssygehus i Gentofte 1927-1977, 1977, s. 1-18. Amtssygehuset i Gentofte, 2002, s. 9-19.

³⁰ Sigurd Jensen: Københavns Hospitalsvæsen, Direktoratet for Københavns Hospitalsvæsen, 1964, s. 71-97. Bro og Mohr: Frederiksberg Hospital 1858-2008, 2008, s. 326-329. Fra fortid til nutid. Spredte træk af Københavns Amts sygehusvæsens historie, Københavns Amtsråd, 1952, s. 43-74. Københavns Amtssygehus i Gentofte 1927-1977, 1977, s. 1-18. Amtssygehuset i Gentofte, 2002, s. 9-19.

³¹ J.P. Trap: Danmark, 5. udg. bd. III, 3, s. 1960, s. 1031-1032 og 1088. J.P. Trap: Danmark, 5. udg., bd. III, 1953, s. 45, 74, 83 og 92.

³² Betænkningen vedrørende København og Frederiksberg afgivet af den af Indenrigsministeriet under 30. april 1930 nedsatte kommission, 1935, s. 216-207. Betænkning afgivet af Hovedstadskommissionen, 1948, s. 110-111, 153-154 og 244-252. J.nr. H 105 A-FB, 1938-1949, henlagt under J.nr. 223 FH 1945-1980 og Fællesudvalget til Bygning af Frederiksberg Hospital 1897-1902. J.nr. 223 FH 1945-1980 og Fællesudvalget til Bygning af Frederiksberg Hospital 1897-1902, Hospitalsvæsenet [Frederiksberg Stadsarkiv, A 300].

³² J.P. Trap: Danmark, 5. udg. bd. III, 3, s. 1960, s. 1031-1032 og 1088. J.P. Trap: Danmark, 5. udg., bd. III, 1953, s. 45, 74, 83 og 92. <https://www.nordsjaellandshospital.dk/om-hospitalet/organisation/historisk-tilbageblik/Sider/Hilleroed.aspx> <https://www.nordsjaellandshospital.dk/om-hospitalet/organisation/historisk-tilbageblik/Sider/Helsingoer.aspx> <https://www.nordsjaellandshospital.dk/om-hospitalet/organisation/historisk-tilbageblik/Sider/Frederikssund.aspx> <https://www.nordsjaellandshospital.dk/om-hospitalet/organisation/historisk-tilbageblik/Sider/Hoersholm-Usseroed.aspx> <https://www.nordsjaellandshospital.dk/om-hospitalet/organisation/historisk-tilbageblik/Sider/Esboenderup.aspx>

[tilbageblik/Sider/Frederiksvaerk.aspx](https://www.nordsjaellandshospital.dk/om-hospitalet/organisation/historisk-tilbageblik/Sider/Frederiksvaerk.aspx)<https://www.nordsjaellandshospital.dk/om-hospitalet/organisation/historisk-tilbageblik/Sider/Hoersholm-Usseroed.aspx><https://www.nordsjaellandshospital.dk/om-hospitalet/organisation/historisk-tilbageblik/Sider/Esboenderup.aspx>

³³ Bro: Hovedstadsmetropolen – den danske byregion, 2022, s. 1105-1106.

³⁴ Bro: Hovedstadsmetropolen – den danske byregion, 2022, s. 1111.

³⁵ Sigurd Jensen: Københavns Hospitalsvæsen, Direktoratet for Københavns Hospitalsvæsen, 1964, s. 98-241.

Hovedstadsområdet. Befolkning. Opgaver. Økonomi, Hovedstadsreformudvalget, 1970, s. 105-106. Sigurd Jensen: ...

http://samf.ku.dk/fakultetet/historie/css/http://www.starbas.net/arkivskaber.php?id=787&laes_mere=ja

http://www.starbas.net/arkivskaber.php?id=684&laes_mere=ja

https://www.starbas.net/arkivskaber.php?id=671&laes_mere=ja

https://www.starbas.net/arkivskaber.php?id=881&laes_mere=jahttps://www.starbas.net/arkivskaber.php?id=874&laes_mere=ja

<https://www.starbas.net/arkivskaber.php?id=882>

³⁶ Henning Bro og Helga Mohr: Frederiksberg Hospital 1858-2008, 2008, s. 330-348.

³⁷ Fra fortid til nutid. Spredte træk af Københavns Amts sygehusvæsens historie, Københavns Amtsråd, 1952, s. 85-102. Københavns Amtssygehus i Gentofte 1927-1977, 1977, s. 19-67. Amtssygehuset i Gentofte, 2002, s. 20-40. Susanne Paulsen: Glostrup Hospital gennem 50 år, 2008, s. 12-40.

³⁸ J.P. Trap: Danmark, 5. udg. bd. III, 3, s. 1960, s. 1031-1032 og 1088. J.P. Trap: Danmark, 5. udg., bd. III, 1953, s.

45, 74, 83 og 92. [https://www.nordsjaellandshospital.dk/om-hospitalet/organisation/historisk-](https://www.nordsjaellandshospital.dk/om-hospitalet/organisation/historisk-tilbageblik/Sider/Hilleroed.aspx)

[tilbageblik/Sider/Hilleroed.aspx](https://www.nordsjaellandshospital.dk/om-hospitalet/organisation/historisk-tilbageblik/Sider/Helsingoer.aspx)[https://www.nordsjaellandshospital.dk/om-hospitalet/organisation/historisk-](https://www.nordsjaellandshospital.dk/om-hospitalet/organisation/historisk-tilbageblik/Sider/Helsingoer.aspx)

[tilbageblik/Sider/Helsingoer.aspx](https://www.nordsjaellandshospital.dk/om-hospitalet/organisation/historisk-tilbageblik/Sider/Frederiksvaerk.aspx)[https://www.nordsjaellandshospital.dk/om-hospitalet/organisation/historisk-](https://www.nordsjaellandshospital.dk/om-hospitalet/organisation/historisk-tilbageblik/Sider/Frederiksvaerk.aspx)

[tilbageblik/Sider/Frederiksvaerk.aspx](https://www.nordsjaellandshospital.dk/om-hospitalet/organisation/historisk-tilbageblik/Sider/Hoersholm-Usseroed.aspx)[https://www.nordsjaellandshospital.dk/om-hospitalet/organisation/historisk-](https://www.nordsjaellandshospital.dk/om-hospitalet/organisation/historisk-tilbageblik/Sider/Hoersholm-Usseroed.aspx)

[tilbageblik/Sider/Hoersholm-Usseroed.aspx](https://www.nordsjaellandshospital.dk/om-hospitalet/organisation/historisk-tilbageblik/Sider/Esboenderup.aspx)<http://www.cfmoller.com/p/koege-sygehus-sygehus-oest-rask-i58.html>

<http://www.cfmoller.com/p/koege-sygehus-sygehus-oest-rask-i58.html>

³⁹ Hovedstadsområdet. Befolkning. Opgaver. Økonomi, Hovedstadsreformudvalgets Sekretariat, 1970, s. 109-110. J.nr. FH 47 pk, 1962-1982223, pk: 1948-1956, 1956-1973, 1970-1973, 1968-1981, Hospitalsvæsenet [Frederiksberg Hospital, A 300]

⁴⁰ Bro: Hovedstadsmetropolen – den danske byregion, 2022, s. 741-743.

⁴¹ Bro: Hovedstadsmetropolen – den danske byregion, 2022, s. 1106.

⁴² Med udlæggelse af størsteparten af velfærdsstatens opgaver til primær- og amtskommuner indskrænktes statens opgaver til styring af det kommunale niveau og andre dele af den offentlige sektor gennem lovforberedelse -, udfyldning- og administration og budgetstyring (bloktilskud og refusioner) samt landsopgaver: Forsvar, politi- og retsvæsen, den nationale trafikale infrastruktur og videregående uddannelsesinstitutioner. Et af de øvrige styringsinstrumenter af den kommunale sektor og navnlig amtskommunerne blev sektorplanlægning med planmæssige retningslinjer for deres ressort og for amtskommunernes vedkommende med for kommunerne bindende retningslinjer for en betydelig del af kommunernes opgaver. Sektorplanerne skulle godkendes og kunne ændres centraladministrativt.

⁴³ Bro: Hovedstadsmetropolen – den danske byregion, 2022, s. 1111-1112.

⁴⁴ Lovt. 1969, s. 514-517. FT 1968/69, TA, s. 3425-3451. FF, s., 3061-3062, 4061, 7094, 7334. Hovedstadsrådet.

Befolkning. Opgaver. Økonomi. Hovedstadsreformudvalgets sekretariat, 1970, s. 110-116 og 274-287.

Hovedstadsområdet. Betænkning. Hovedstadsreformudvalget, 1971, s. 31-32 og 57.

Oplæg til forslag til etablering af et hovedstadsråd afgivet af Undersøgelsesudvalget vedrørende den fremtidige hovedstadsordning, udarbejdet på grundlag af vedtagelser i mødet den 11. juni 1969 og senere drøftelser, 1969, s. 20-22, J.nr. 120 IV, Sekretariatet [Frederiksberg Stadsarkiv, A 10].

⁴⁵ Da 1970-kommunalforformen gik uden om Københavns og Frederiksberg kommuner fortsatte disse i realiteten med deres hidtidige købstadskommunale beføjelser, hvilket medførte, at de to kommuner fik tillagt kommunalreformens såvel primær som amtskommunale opgaveportefølje

⁴⁶ Delbetænkning vedrørende lands- og landsdelsfunktioner. Afgivet af det af indenrigsministeren nedsatte udvalg, 1977, s. 23-47. Lovt. 1973, s. 1315-1316. FT 1972/73, TA, s. 6009, FF, s. 6232-6233, 29, 6622-6623. TB, s. 2484-2485.

⁴⁷ Lovt 1985, s. 1533-1534. FT 1988/89, TA, s. 2699 og 2716-2717. Ministerialtidende, 1977, s. 399-400. Læg: Forslag til grovskitse for hovedstadsområdets fremtidige sygehusbetjening, af 2.12.1978, s. 8-36, J.nr. 126 (10) I, 1975-1983.

Hospitalsdirektoratet [Frederiksberg Stadsarkiv, A 300]. J.nr. 121 IV, 1981, Sekretariatet [Frederiksberg Stadsarkiv, A

10]. Regionsplantillæg 1982, Hovedstadsrådet, 1983, s. Opslag 10, J.nr. 82-11331-I/IV og Regionsplantillæg 1985,

1987, Opslag 10, Emneordnede sager: Hovedstadsrådet IV 1987 [Frederiksberg Stadsarkiv, A 10]. Div. rapporter,

korrespondance, og mødereferater fra Hovedstadsrådets sygehusplanlægningsudvalg, J.nr. 126 (10) I, 1975-1983 og

J.nr. 394 (22-1), 1976-1978, Hospitalsdirektoratet [Frederiksberg Stadsarkiv, A 300]. Hovedstadsrådets overordnede

sygehusplan 1981-1992, Planlægningsdokument nt. 30, Hovedstadsrådet, november 1981, s., 14-75, J.nr. 126 (10) II, 1975-1983. Hospitalsdirektoratet [Frederiksberg Stadsarkiv, A 300]. Div. rapporter, korrespondance, og mødereferater i Hovedstadsrådets sygehusplanlægningudvalg, J.nr. 126 (10) II, 1975-1983, J.nr. 126 (1-31), 1970-1984, J.nr. 394 (22-2) I-II, 1979-1980, Hospitalsdirektoratet [Frederiksberg Stadsarkiv, A 300]. Emneordnede sager: Hovedstadsrådet Sygehusplanlægning, 1980-1986, Hospitalsdirektoratet [Frederiksberg Stadsarkiv, A 300]. J.nr. FH 47 pk, 1970-1973, Hospitalsvæsenet [Frederiksberg Hospital, A 300].

⁴⁸ Dansk Velfærdshistorie (Red. Jørn Henrik Pedersen, Klaus Pedersen og Niels Finn Christiansen), 2014, s. 11-74. Mølgaard Frandsen, Henrik og Mikkel Thelle: Soft space – byregioner, business regions og megaregioner, Fabrik og Bolig, 2017, s. 22-41. Bitsch Christensen, Søren og M.L. Thøgersen: Bysystem og urbanisme i Den moderne By Red.:

(Red.: Søren Bitsch Christensen), 2007, s. 55-57. Thor Andersen, Hans: Bypolitik i Danmark efter 1960 – i historisk perspektiv, i Den moderne By (Red.: Søren Bitsch Christensen, 2007, s. 353-379. Strukturkommissionens betænkning bd. II, 2004, s. 59-88. Henning Bro: Fra regional plan til regional planløshed. Hovedstadsmetropolens udvikling omkring årtusindeskiftet METROPOL 2021, nr. 2. Henning Bro og Helga Mohr: Frederiksberg Kommune 1950-2008, 2008, s. 627-631 og 691-697.

⁴⁹ F.eks. opløstes det socialdemokratisk styrede Greater London Council i 1986, som en udløber af de neoliberalistiske initiativer, der udgik fra Margaret Thatchers konservative regering (1979-1990).

⁵⁰ FF 2004/2005 (2. samling) TA, 3590-3719 og 3952-4087, FF, s. 1053-1104, 1201-1237 og 1261-1285. Henning Bro: Det skæve gymnasium- geografiske skævheder i hovedstadsmetropolens gymnasietilbud i det 20. århundrede, Uddannelseshistorie 2019, s. 93-104.

⁵¹ Det være sig den tillagte regionale erhvervsudviklingsplanlægning, hvor regionerne nærmest blev usynlige, håndtering af jordforureningssager, råstofplanlægningen i det åbne land og driften af de særlige ressourcetunge særfororgsinstitutioner, som beliggenhedskommunerne af økonomiske grunde klogeligt ikke bød ind på eller som tvangsmæssigt af staten blev pålagt regionerne.

⁵² Henning Bro: Fra regional plan til regional planløshed Hovedstadsmetropolen i årtierne omkring årtusindeskiftet. METROPOL, 2021, Nr. 2, s. 117-128 [Fra regional plan til regional planløshed | METROPOL \(tidsskrift.dk\)](#)

⁵³ Bro: Fra regional plan til regional planløshed. METROPOL, 2021, Nr. 2, s. 86-88 og 114-117 [Fra regional plan til regional planløshed | METROPOL \(tidsskrift.dk\)](#)

⁵⁴ FT 1994/95, TA 266-281, FF, 257, 400-415. Kommissionen om hovedstadsområdet fremtidige struktur, Del II 1995, s. 30. En analyse af sygehuskapaciteten i hovedstadsområdet. Delbetænkning fra Sygehuskommissionen, 1996, s. 9-11, 35-39 og 41-42.

<http://web.archive.org/web/20070811234203/http://www.hosp.dk/direktion.nsf/Kandokumenter/329D869E87ADF634C12566C4006AD1D6>

⁵⁵ Hovedstadskommissionen om hovedstadsområdet fremtidige struktur, 1995, s. 123-125. En analyse af sygehuskapaciteten i hovedstadsområdet. Delbetænkning fra Sygehuskommissionen, 1996, s. 5-7 og 67-74.

⁵⁶<http://web.archive.org/web/20010111140300/http://www.hosp.dk/direktion.nsf/ResponseDokumenter/98273BADBFDE12E8C1256881002DC4CE>

<http://web.archive.org/web/20060129171622/http://www.hosp.dk/direktion.nsf/ResponseDokumenter/5919F366CF663AFC12569EE00476879>

<http://web.archive.org/web/20121004154933/http://www.hosp.dk/direktion.nsf/ResponseDokumenter/7F16396A14B8E96EC1256B870058B5DB> <https://www.hvidovre.dk/referatarkiv/Socialudvalget/1997/970205.07.pdf>

⁵⁷ Med den undtagelse, at Rigshospitalet blev fødested i planlægningsområdet Byen i stedet for Bispebjerg Hospital

⁵⁸ FF 2004/2005 (2. samling), TA, s. 3148-3274, FF, s. 701-724.

<https://www.regionh.dk/til-fagfolk/Sundhed/hospitaler/HOPP/Documents/Hospitalsplanjuni2009.pdf>

<https://www.regionh.dk/til-fagfolk/Sundhed/hospitaler/HOPP/Tidligere-hospitalsplaner/Documents/HOPP%20C3%A6ndringer%202012.pdf>

<https://www.regionh.dk/til-fagfolk/Sundhed/hospitaler/HOPP/Tidligere-hospitalsplaner/Documents/HOPP%20C3%A6ndringer%202014.pdf>

<https://www.regionh.dk/til-fagfolk/Sundhed/hospitaler/HOPP/Tidligere-hospitalsplaner/Sider/2015-revision-af-Hospitals-og-Psykiatriplan-2020.aspx>

<https://www.regionh.dk/til-fagfolk/Sundhed/hospitaler/HOPP/Documents/Hospitalsplan%202020.pdf>

<https://www.regionh.dk/til-fagfolk/Sundhed/hospitaler/HOPP/Documents/Hospitalsplan-2025.pdf>

<https://www.rigshospitalet.dk/nythospitalblegdamsvej/projektet/det-bygger-vi/Sider/nordfløjen.aspx>

<https://www.bispebjerghospital.dk/nythospital/projektet/det-bygger-vi/Sider/default.aspx>

<https://www.herlevhospital.dk/nythospitalherlev/Projektet/akuthus/Sider/default.aspx>

<https://www.rigshospitalet.dk/nythospitalglostrup>

<https://www.hvidovrehospital.dk/nyt-hospital-hvidovre/Sider/nythospitalhvidovre.aspx>

<https://www.psykiatri-regionh.dk/Vi-bygger-Ny-Psykiatri/Sider/default.aspx>

⁵⁹ Se henvisninger til kildemateriale i ovenstående samt <https://www.regionsjaelland.dk/Sundhed/samarbejde-og-indsatser/Sundhedsplan/Regionens-sygehusvaesen/Sider/Sygehusplan.aspx>

<https://www.regionsjaelland.dk/Sundhed/samarbejde-og-indsatser/Sundhedsplan/Regionens-sygehusvaesen/Sider/Behandling-af-sjaeldne-sygdomme.aspx>

<http://publikationer.regionsjaelland.dk/KvalitetogUdvikling/RoskildeSygehusprofilpjece/?page=12><http://publikationer.regionsjaelland.dk/KvalitetogUdvikling/KgeSygehusprofilpjece/?page=12>