

Fra sparetider til individualisering

Om ventetider, frit valg og garantier
i det danske sundhedsvæsen



Masterafhandling

MPA – 2008

Finn Rønholt

Hanne M. Jensen

Per Lindblad Johansen

Vejleder: Professor, dr.jur. Inger-Johanne Sand

Masterafhandling

Hanne Merete Jensen

Finn Rønholt

Per Lindblad Johansen

Master of Public Administration

Copenhagen Business School

Frederiksberg

© 2008

Abstract

"From short of means to individualization – about waiting time, freedom of choice and guarantees in the Danish Healthcare System" is a thesis on the development of how the political system has responded to the increasing demand for consideration for the individual, privatization, marketization and wish for value for money in regard to the Danish Healthcare System. Furthermore, it includes the views of present key figures connected to the implementation of healthcare laws and the future impact of the law.

The thesis covers the development of the so-called "guarantee of treatment" and investigates the different forms this concept has taken from 1993 till 2007. The latest legal expression of the general concept "guarantee of treatment" is the patients right to chose treatment in a private hospital or abroad at public expense if the Public Healthcare System is unable to start treatment within one month. The law can be seen as the legal system's shaping of a political decision to secure all citizens with non-acute illnesses treatment in hospital within a certain time frame.

The main focus is on how shifts in paradigms have manifested themselves in the changing expression of the concept "guarantee of treatment" and how different perceptions (understandings, comprehensions) have been incorporated over time.

The theoretical framework is based on neo-institutional theory and Niklas Luhmann's system theory. The neo-institutional theory serves in this respect the purpose of describing the historical and structural frame within which the concept has developed. In order to open what in regard to an institutional approach remains a "black-box", system theory is applied with the purpose of observing the polyphonic composition of the political decisions and the similarly polyphonic composition of the understanding among key figures of the concept of "guarantee of treatment".

Debates in the Danish Parliament leading up to decisions on laws concerning the "guarantee of treatment" and interviews carried out with key figures who have a prominent role in the definition, interpretation and implementation of these laws constitute the empirical base. These documents have been analysed from a system theoretical approach in order to explain the different logics which constitute the concept at given times and how their relative strength changes over time, creating new paradigms. In addition to the above-mentioned documents several articles from

magazines and newspapers have been included as empirical material in order to create the institutional frame.

In our analysis we have seen that the Danish welfare model based on a universal principle has come under pressure due to the fact that freedom of choice in the name of individualization has pushed the allocation of welfare services based on a joint foundation aside, undermining the thought of solidarity, which clearly indicates a change in paradigms from a universal to an individual focus.

The boundary between the public and private sector has become more and more invisible since health services have developed into products that can be traded in either sector. There is a change from input to output control pointing toward an increasing role of market logic.

Offer of treatment is to a lesser extent based on strictly medical judgement and relies more on the financial capacity and the capacity of the individual to make demands. We have seen a shift in paradigm in the movement away from a dominant professional logic towards a political logic undermining the medical professional's former, legitimate right to control and make priorities in the healthcare system.

It seems that political and economical logics in a system theoretical sense have been accorded dominant roles in the decision-making process in the Danish Healthcare System, challenging the professional logic.

Indhold

Abstract.....	1
Indledning	5
Baggrund	6
Analysestrategi	8
Indkredsning af genstandsfelt og iagttagelsespunkt	8
Problemformulering.....	9
Perspektiv og konditionering	10
Metode	13
Analysens nedslagspunkter.....	13
Empiri	15
Analytisk fremgangsmåde.....	19
Teoretisk ramme.....	23
Institutionalisme	23
Luhmanns systemteori.....	27
Analyse.....	35
Tiden før 1993	35
Det frie sygehusvalg 1993	40
Kræftgarantien 1999/2001	47
Det udvidede frie sygehusvalg (2 måneders garantien) 2002	54
Det udvidede frie sygehusvalg (1 måneders garantien) 2007	61
Samtidsdiagnose: Praksisfeltets kommunikation om behandlingsgarantien.....	68
Programmer fra 1993 til 2007	75
Syntese.....	80
Konklusion.....	86
Refleksion.....	88
Perspektivering	91
Kilder	95

Indledning

Omdrejningspunktet for denne masterafhandling er behandlingsgarantien i sundhedsvæsenet, hvis seneste lovmæssige udtryk er den fire ugers ventelistegaranti, som trådte i kraft 1. oktober 2007. En lov som kan ses som udtryk for det juridiske systems udformning af en politisk beslutning om at sikre borgere hospitalsbehandling inden for fast definerede tidsrammer.

Enhver beslutning som træffes, kan ses i en institutionel ramme. Stiafhængighed og ønsket om at fastholde eller opbygge legitimitet spiller afgørende roller for, hvorvidt man vælger at fastholde eller ændre i hidtidige procedurer eller regler. Det skyldes, at netop legitimiteten er af afgørende betydning, hvis man som politiker eller organisation vil fremstå som tidssvarende, attraktiv og troværdig. Ofte lægges fokus derfor mere på kognitive og normative ideer og vaner end egentlig rationalitet. Hermed lægges grunden for, at organisationer eller enkelt personer ofte arbejder for og vedtager praksisser, som deres institutionelle omgivelser forventer og anser for passende eller legitime.

Politiske beslutninger træffes i et samfund, som er præget af stadigt stigende kompleksitet og uforudseelighed, under kontingente betingelser, hvor intet er nødvendigt men heller intet umuligt. Ny teknologi, udvikling af nye kommunikationsmedier, øget globalisering og multietnicitet er blot enkelte eksempler på, at det politiske systems omgivelser er i stadig drift. Dette skaber basis for, at konkurrerende systemer til stadighed forsøger at sætte andre eller nye dagsordner for den videre politiske beslutningsproces. I et komplekst samfund er risikoen for tab af overblik, legitimitet og autoritet stor, ligesom relationerne mellem de enkelte systemer sjældent er umiddelbart gennemskuelige. Politisk beslutningstagen er derfor forbundet med risiko og snarere baseret på intuition, kompromisser og overvejelser i forhold til offentlig opinion end egentlig rationel viden. I et sådant komplekst og polyfont samfund, vil den enkelte beslutningsproces derfor ofte henstå som en black box uden mulighed for at gennemskue processens egentlige baggrund og enkelte bestanddele.

Centralt i Niklas Luhmanns systemteori er ideen om sociale systemer og deres uddifferentiering af den immaterielle verden i funktionelle delsystemer, formet i og af kommunikation. Systemerne påvirker hinanden gennem kommunikative strukturelle koblinger og deres generaliserede medier omkring bestemte temaer eller programmer.

Samfundets organisationsform fremstår mere og mere polyfont, hvor systemerne ikke indgår i en hierarkisk men derimod i en heterakisk, ligestillet orden. Gennem opdelingen i kommunikative systemer/funktionelle delsystemer stiller Luhmann grundlaget for et analyseapparat til rådighed, som muliggør en reducere af verdens ubestemte og uorganiserede kompleksitet til en mere organiseret form.

Det er på grundlag af ovenstående teoretiske tilgange, vi vil forsøge at bringe behandlingsgarantien ind i en forståelsesmæssig ramme.

Baggrund

Det danske sundhedsvæsen har igennem mange år været præget af en rodfæstet forestilling om, at det er den fagprofessionelle elites ret at foretage egne prioriteringer. Lægelig vurdering var således i gennem mange år det legitime grundlag for hvor, hvordan og hvornår en behandling skulle finde sted.

Igennem de senere år er sundhedsvæsenet imidlertid kommet under stigende pres, med ønsker og krav fra borgerne om nye og bedre tilbud. Krav, som på den ene side udspringer af en teknologisk udvikling med mange nye og dyre behandlingsmuligheder. Men, som på den anden side også kan tolkes som et udtryk for, at der i det politiske system er et stigende ønske om at give borgerne øget valgfrihed og mulighed for individuel stillingtagen.

Styringen og ledelsen af sundhedsvæsenet har da også på flere punkter undergået et betydeligt paradigmeskift. Hvor lægefaglig vejledning og prioritering igennem mange år som nævnt var omdrejningspunktet for planlægning og styring, er det i dag langt mere politisk/administrative hensyn til borgernes frie valg, ventelistegarantier og ønske om overordnet økonomisk styring, som præger billedet.

Det danske sundhedsvæsen finansieres fortsat overvejende igennem skatter, og de fleste sygehuse er offentligt drevne. Den danske velfærdsmodel baserer sig således på den universelle (skandinaviske) model, hvor velfærdsydelser og tilbud gratis eller subsidierede stilles til rådighed uafhængig af borgerens indkomst. Finansieringen af den danske velfærdsmodel har således indtil nu været snævert knyttet til kollektive og offentligt finansierede ordninger, baseret på en skattebetaling uden direkte tilknytning til den enkeltes forbrug af velfærdsydelser.

Med indførelsen af det frie sygehusvalg i 1993 indførtes også princippet om, at pengene følger patienterne. Efterfølgende har behandlingsgarantien, der sidestiller kræftbehandling med operation af gigt i hofte eller hæmorider for alvor åbnet for

muligheden til, at der etableres privat drevet sygehusvirksomhed. Herved er også forsikringsbaseret dækning af sundhedsydelser blevet legitim. Den udvidede fritvalgsgaranti betyder, at patienter frit kan vælge private aftalehospitalet ved ventetider ud over en måned, og har fået den konsekvens, at kræftsygdomme sidestilles med akutte behandlingskrævende lidelser. Hermed forstærkes det pres, der er på det offentlige sygehusvæsen og incitamentet til at udvikle alternative private behandlingstilbud. Især i de sidste år er der etableret en række private klinikker og sygehuse, som drives på basis af privattegnede forsikringer, egen betaling og offentlige midler som alternative behandlingsinstitutioner til at tage over, i det omfang venteliste-garantier ikke har kunnet honoreres i det offentlige system.

Overordnet har de seneste års udvikling på sundhedsområdet derfor for alvor skubbet til den udbredte antagelse, at det danske sundhedsvæsen er "verdens bedste" med "gratis", fri og lige adgang til hospitalsbehandling for alle borgere. Vores masterafhandling står derfor for et spændende nedslagspunkt i velfærdssamfundet, hvor idealer om universalisme ændres til idealer om individualisme, og hvor man er i gang med at skabe en nyfortolkning af den danske velfærdsmodel, som vi kender den i dag.

Analysestrategi

Vores hensigt er at konstruere en analysestrategi der anskueliggør, hvilke forståelser der ligger gemt i begrebet behandlingsgaranti, og hvordan det har udviklet sig over tid.

For at præcisere de rammer, analysen skal udfolde sig inden for, må vi skærpe vores perspektiv. Til dette formål har vi valgt at gøre brug af en analysestrategimodel, vi gennem vores MPA-studie er blevet præsenteret for.

Modellen foreskriver, at vi træffer en række analysestrategiske valg, så som valg af genstandsfelt, iagttagelsespunkt, perspektiv, problemformulering og konditionering.

Indkredsning af genstandsfelt og iagttagelsespunkt

Vores interesse for sundhedssektoren og de forandringer udviklingen mod sundhedsydelsernes frie bevægelighed medfører, opstod under vores sommerskoleophold i Holland i sommeren 2006. Vi lod os i den efterfølgende sommerskolerapport inspirere af en forelæsning af Inger-Johanne Sand om "Reflective governance", hvor bl.a. konflikten mellem retten til frit at vælge sundhedsydelser på tværs af landegrænser indenfor EU og hensynet til de nationale sundhedssystemer blev berørt. Dette blev konkretiseret gennem en bestemt case, hvor en EF-dom fastslog EU-borgernes ret til at vælge behandling i udlandet på det nationale sundhedssystems regning, såfremt ventetiden for behandling i eget land oversteg "en rimelig ventetid". Dette satte os på sporet af et ønske om i vores masterprojekt at arbejde med mulige konsekvenser af sundhedsydelsernes bevægelighed over landegrænser.

Vores andet udlandsophold, aflagt i juni 2007 ved Stanford University havde til formål at sondere, hvilke muligheder for afgrænsning, teoretisk tilgang og metodevalg vi kunne lægge for vores masterafhandlings overordnede tema: Behandlingsgaranti på sundhedsområdet.

De refleksioner, udlandsopholdet gav anledning til, har medført, at vi har fået indsnævret vores fokus mht. teoretiske tilgange og givet os mulighed for at afgrænse vores analyses felt og metode, som tilfældet er blevet. Prof. Richard Scott anbefalede os at se på, hvilke institutionelle logikker der har været dominerende i forhold til behandlingsgarantiens emergering og på, hvordan de har ændret sig over tid. I en efterfølgende samtale ansporede prof. Jeffrey Pfeffer os til at anlægge et systemteoretisk perspektiv på problematikken, idet det med al ønskelig tydelighed gennem interviewet med ham kom frem, hvorledes forskellige systemers koder spiller ind i

forståelsen og tilblivelsen af et fænomen som behandlingsgarantien. Prof. emiritus James March opfordrede os under en meget inspirerende samtale til at se på, hvilke "overlevelsestrategier" implementeringen af en fire ugers behandlingsgaranti medfører. Eller sagt med hans egne ord: hvilke adaptionsmekanismer og dekoblingsstrategier "en utopisk lovgivning giver anledning til".

På baggrund af disse interviews, har vi efterfølgende fået indsnævret vores problemfelt. Vi har distanceret os fra vores oprindelige tanke, der gik ud på at se på behandlingsgarantien sammenholdt med frit udbud af serviceydelser i en transnational, europæisk sammenhæng og indsnævret feltet til at omhandle nationale behandlingsforløb. Både March og Scott gjorde os opmærksomme på, at den danske virkelighed er rigelig kompleks i sig selv.

Emnet for denne masterafhandling er således frit sygehusvalg og behandlingsgarantien i det danske sundhedssystem, som den kommer til udtryk i forhold til en udvikling, hvor ønsket om øget valgfrihed og individualisering i stigende grad har sat den velkendte institutionaliserede tilgang til driften af et offentligt skattefinansieret sundhedsvæsen under pres.

Vores tese er, at de forskellige forståelser af behandlingsgarantien afspejler en række paradigmeskift i den offentlige sektor og i samfundet som helhed. Det er disse eventuelle paradigmeskift samt behandlingsgarantiens nuværende udtryk, vi ønsker at afdække med baggrund i følgende problemformulering.

Problemformulering

Hvorledes manifesterer en række paradigmeskift sig i forhold til behandlingsgarantiens indførsel i det danske sundhedsvæsen?

Er behandlingsgarantien et tegn på individualisering, hvor den enkelte patient/borgers rettigheder styrkes gennem frit valg? Hvilken rolle spiller økonomiske rationaler og tænkning? Hvordan påvirker disse økonomiske rationaler muligheden for national sundhedsfaglig styring? Hvilken indflydelse og magt tillægges de fagprofessionelle (i denne sammenhæng ansatte i sundhedssektoren)? Er vi på vej mod en privatisering af det offentlige sygehusvæsen? Kan behandlingsgarantien i den brede sammenhæng fx ses som udtryk for et begyndende opgør med den skandinaviske velfærdsmodel?

Disse spørgsmål udgør vores erkendelsesmæssige interesse.

Perspektiv og konditionering

Vi iagttager behandlingsgarantien fra dens første fremtoning manifesteret som frit sygehusvalg i 1993 og frem til vedtagelsen af en-måneders behandlingsfristen i 2007.

Med henblik på at komme nærmere en erkendelse af, hvordan begrebet behandlingsgaranti har ændret sig over tid og hvilke forståelser, der ligger gemt i begrebet, vælger vi i første omgang at tage vores teoretiske udgangspunkt i den institutionelle teori. Den institutionelle teori tjener her det formål at se, hvordan og hvornår institutionen/begrebet behandlingsgaranti er blevet etableret, samt hvilke forskydninger i opfattelser den har undergået. Vi ser på, hvilke forandringsmønstre der træder frem og tager her afsæt i Richard Scotts definition af begrebet institution, hvori regulative, normative og kognitive strukturer indgår som stabilitets- og meningsskabende faktorer. De nævnte strukturer inddrages for at afdække, hvilke kollektive rationaler der gennem tiden har været dominerende og konstitueret begrebet. Vi ser på, hvordan eksisterende principper og praksisser rekombineres til nye institutionelle løsninger og nye spor.

Den institutionelle teori kan beskrive spor og tendenser, og hvad der på et givent tidspunkt anses for legitimt. Den lægger vægt på homogeniseringen dvs. generelle træk, og kan derfor anvendes til at beskrive beslutningsprocessers strukturelle ramme. Den institutionelle tilgang mangler derimod udtalekraft, hvad angår belysningen af de enkelte elementer og den proces, der ligger bag beslutningens manifesterede udtryk, der herved kommer til at fremstå som en black-box.

I bestræbelserne på at åbne det, der ved en institutionel tilgang således forbliver lukket land, inddrager vi Luhmanns systemteori. Ud fra systemteoriens evne til, gennem præcise forskelssættende operationer at iagttage i dette tilfælde, politiske beslutningers polyfone sammensætning, er det formålet at dekonstruere, hvilke differentierede opfattelser behandlingsgarantien er opbygget af. Og hvad der således ligger bag behandlingsgarantien, som i denne sammenhæng antager form af strukturel kobling mellem de enkelte delsystemer.

I gennem denne optik vil vi analysere de folketingsdebatter, som har ligget forud for vedtagelsen af lovene omkring behandlingsgarantien, og som har haft betydning for dens udvikling. I en efterfølgende analyse af de interviews vi har gennemført af nøglepersoner, som har haft en fremtrædende rolle i definitionen, tolkningen og implementeringen af behandlingsgarantien, efterfølgende ser vi på hvilke logikker, der

i dag konstituerer begrebet behandlingsgaranti. Vores analyser dækker hermed såvel folketingets historiske kommunikation som praksisfeltets nutidskommunikation, og giver os hermed to forskellige indfaldsvinkler til problemstillingen. Efterfølgende vil vi se på, hvilke gennemgående underliggende programmer begrebet behandlingsgaranti bærer med sig, og med hvilken vægt de indgår over den undersøgte periode. Afdækningen af programmer og deres vekslende styrke tjener til formål at indikere, hvilke paradigmeskift der igennem tiden er sket i forhold til styringen af sundhedsvæsenet og i samfundet i almindelighed.

Med den valgte analysestrategi går vi således fra at betragte behandlingsgarantien i et første ordensperspektiv til at betragte begrebet i anden ordensperspektivets blik. Subjektet decenteres, og vi fokuserer i stedet på iagttagelser af iagttagelser, hvor iagttagelsen foregår gennem operationer, der refererer til forskelle. Dermed går vi fra at anskue behandlingsgarantiens homogene udtryk til at anskue dens differentierede fremtoning.

Begrebet "Behandlingsgaranti"

I denne afhandling benyttes gennemgående ordet behandlingsgaranti for den undersøgte tematik. Heri er der to problemer:

Den undersøgte tematik består af en række forskellige ordninger, som i sin lovgivningsmæssige fremtoning er forskellige ting.

Ordet er i sin natur misvisende, fordi der ikke findes juridiske garantier for behandling i det danske sundhedsvæsen.

Behandlingsgarantien giver således ingen egentlig juridisk retslig garanti for behandling indenfor en given tidsfrist, og det skal derfor understreges, at ordet behandlingsgaranti i vores afhandling alene bruges som en betegner uden en i sig selv indlejret betydning. At vi alligevel har valgt at bruge begrebet skyldes først og fremmet dets almene anvendelse og forståelse som samlende betegnelse for en række forskellige garantiordninger.

Over den undersøgte periode har vi identificeret tre elementer i behandlingsgarantien, nemlig et ventetidselement, et element af garanti for behandling og endelig et princip om frit valg. Brugen af elementerne varierer i de forskellige love, hvoraf nogle kun trækker på et eller to af elementerne.

Igennem vores analyseperiode er der således iværksat en række ordninger, som italesættes, som forsøg på at reducere ventetiderne i sundhedsvæsenet. Ordningerne

udstyrer på forskellig vis patienten med individuelle rettigheder, som den enkelte dog selv skal tage initiativet til at udløse. Man kunne derfor også kalde behandlingsgarantien for det individualiserede garantisystem. De rettighedsudløsende elementer og selve rettighederne er forskellige og ændrer sig over tid, men grundlæggende er der dog tale om distinkte og signifikante variationer over samme opskrift. Vi tillader os derfor at samle de forskellige ordninger under det samlede begreb behandlingsgaranti.

Metode

Analysens nedslagspunkter

Ved vores empiriske gennemgang har vi set, at ventetider som begreb italesættes helt tilbage til 1980'erne, men først for alvor bliver anset for et politisk problem i begyndelsen af 1990'erne, hvor loven om frit sygehusvalg i 1993 er det første lovmæssige tiltag, som implicit kan anses at have til formål at reducere ventetider gennem øget fleksibilitet i samarbejdet mellem amterne.

Vi ser således, at man ved loven om frit sygehusvalg i 1993 påbegynder en færd imod et senere individualiseret garantisystem, som for første gang eksplicit kommer til udtryk med kræftgarantiens indførelse i 1999. Det frie sygehusvalg bliver i 2002 videreudviklet med "det udvidede frie sygehusvalg" i form af en ret til at vælge en behandling på et privat aftalesygehus, hvis ventetiden går ud over to måneder. En ret der med 2007 revisionen gælder allerede efter en måneds ventetid.

Vore analytiske nedslagspunkter er derfor, forudgået af et historisk oprids og efterfulgt af en samtidsdiagnose, knyttet til de tidspunkter fra 1993 og frem, hvor der vedtages relevante ændringer i sygehuslovgivningen. Dvs til de love og bekendtgørelser som diskontinuert ændrer i eksisterende regler for den behandlingsgaranti, vi i dens forskellige lovmæssige ikklædninger efterfølgende betegner som strukturel kobling.

Vore analysemæssige nedslagspunkter vil være:

- Tiden før vedtagelsen af frit sygehusvalg i 1993

Op til daværende tidspunkt, var sundhedsvæsenet præget af stram ramme-
styring. Hospitalerne var offentligt finansierede og patienterne henvist til deres lokalsygehus.

- 1993 med vedtagelsen af frit sygehusvalg,

Patienterne får lov til selv at vælge et offentligt sygehus på tværs af amtsgrænserne. Hensigten er, at ventelisterne nedbringes, ved at patienterne selv søger derhen, hvor ventelisten er kortest.

Socialdemokratiet fremsætter herudover et forslag om en egentlig behandlingsgaranti på tre måneder. Fremskridtspartiet foreslår, at patienten selv skal have mulighed for at finde et privat behandlingstilbud finansieret af det offentlige, hvis fristen overskrides. Forslaget bliver ikke vedtaget.

- 1999/2001 med indførelsen af Kræftgarantien

Folketinget vedtager en lov, der pålægger amterne og Sundhedsstyrelsen at give behandling på egne eller private hospitaler indenfor en af Sundhedsstyrelsen fastsat tidsfrist for visse livstruende sygdomme. Kan dette ikke lade sig gøre, har patienten ret til at få finansieret behandlingsforløbet på et hospital, som patienten selv måtte finde.

I 2001 overtager ministeren Sundhedsstyrelsens rolle med at fastsætte tidsfrister for visse kræft og hjertesygdomme. Bekendtgørelsen er kendt som "Kræftgarantien". De administrative procedurer og patientrettigheder følger 1999-loven. Bekendtgørelsen gælder stadig.

- 2002 med indførelsen af det udvidede frie sygehusvalg

Folketinget pålægger amterne at give behandling inden to måneder for stort set alle sygdomme. Kan tidsfristen ikke overholdes, udvides patientens fritvalgsret til også at omfatte de private hospitaler, amterne har aftale med. Patienten kan således selv vælge det behandlingssted, der har den korteste ventetid. Ordningen kaldes derfor "Det udvidede frie sygehusvalg". Patienten udstyres derimod ikke med ret til selv at finde et behandlingstilbud, hvis tidsfristen overskrides.

- 2007 hvor fristen for frit sygehusvalg nedsættes fra to til én måned.

Det udvidede frie sygehusvalg træder herefter i kraft allerede efter en måned i tilfælde, hvor det offentlige ikke kan tilbyde behandling indenfor tidsrammen, men er i øvrigt identisk med indholdet i 2002-loven.

- Tiden efter nedsættelsen af fristen for frit sygehusvalg til én måned.

Det udvidede frie sygehusvalg har påbegyndt en færd, hvor grænserne mellem privat og offentlig sygehus drift synes at udviskes, og hvor det private regi formentlig kommer til at spille en større rolle i det samlede sundhedstilbud til borgerne.

Vi knytter således vores analyse af behandlingsgarantien sammen med en række institutionelle brud, der lægger sig nært til det regulative plan, som udtrykt i form af ændringer i de lovfæstede rettigheder. Vi har derfor valgt, at lade de institutionelle brud, og dermed vore analysemæssige nedslagspunkter knytte op til den lovgivningsmæssige udvikling af området. Vore nedslagspunkter er derfor knyttet til de

tidspunkter, hvor der vedtages ændringer i sygehuslovgivningen, dvs ændringer, der selvom de ikke kan betegnes som revolutionære hændelser, alligevel diskontinuert ændrer eller udbygger behandlingsgarantien igennem den valgte tidsramme for analysen.

Empiri

Vores afhandlings empiriske rygrad består af lovtekster, folketingsdebatter samt interviews af seks fremtrædende personer, der hver især på forskellig måde kan tegne feltet omkring behandlingsgarantiens forståelsesmæssige fremtoning. Derudover har vi i mindre grad anvendt avisartikler som støtte for udformningen af den historiske gennemgang af tiden op mod vedtagelsen af loven om frit sygehusvalg i 1993.

Som empiri betragtet anser vi således lovene og folketingsdebatterne som initiale skabere og afsendere af kommunikation vedr. behandlingsgarantien, hvorimod interviewene tegner den kommunikation, der er i feltet, og som i praksis påvirkes af folketingets vedtagelser. På denne måde tager vores empiri således afsæt i to forskellige synsvinkler på behandlingsgarantien. Hvor love og debatter tegner kommunikationen om behandlingsgarantien i folketinget, er interviewene primært brugt i form af en nutidsanalyse, hvor vi ser på, hvordan praksisfeltet omkring behandlingsgarantien kommunikerer om denne, og dermed hvilken forståelse der skabes i feltet. Interviewene har sekundært også fundet anvendelse til at sætte et bagtæppe for vores historisk institutionelle gennemgang af tiden forud for vedtagelsen af frit sygehusvalg i 1993.

Lovtekster og folketingsdebatter

På internetdatabasen www.retsinformation.dk kan et flertal af de historiske og alle nugældende love, samt oversigter over revisioner findes, hvilket gør det muligt at spore ændringer i lovene over tid. Med udgangspunkt i vores viden om feltet har vi gennemgået disse oversigter for at finde de relevante lovændringer for vores tema. Alle formodede relevante lovændringer er udskrevet og gennemlæst mhp at isolere og udpege de lovændringer, der skaber eller understøtter udviklingen af behandlingsgarantien.

Med udgangspunkt i disse udvalgte lovændringer, er de tilhørende folketingsdebatter hentet, dels fra Folketingets hjemmeside og for ældre debatters vedkommende som kopi fra udskrifterne fra folketingets forhandlinger. Herudover er der lavet en ekstensiv gennemgang af øvrige forhandlinger, mhp at identificere andre interessan-

te og væsentlige debatter. Heraf har vi dog kun valgt at medtage en, der tidsmæssigt og semantisk ligger op af de valgte analysemæssige nedslagspunkter.

Folketingsdebatterne og deres transskription er stærkt institutionaliserede, og er ikke blevet ændret nævneværdigt over den undersøgte periode. Vi regner derfor lovteksterne og afskrivningerne af folketingets forhandlinger som autoritativ empiri, hvis validitet og reliabilitet er dækkende for vore behov, såvel i de enkelte nedslagspunkter som over tid.

Analyse af folketingets forhandlinger

Analysen af folketingets forhandlinger er gennemført efter en formelt struktureret metode. De enkelte hel-meninger er kategoriseret i forhold til henholdsvis tidsmæssigt henførselspunkt for udsagnet, samt hvilket kommunikationssystem udsagnet kan henføres til. På denne måde samles og identificeres alle udsagn til hvert enkelt tidsmæssigt nedslagspunkt i forhold til en historisk ramme, der gør det muligt at af-søge og identificere, hvilke koder der refereres til i kommunikationen.

Interview

Vi har valgt at basere vores metodologiske overvejelser om indsamling af empiri på Kvaless arbejde med interview (Kvale, 1997) og den kritik, som fremkommer i H. Olsens gennemgang af kvaliteten i danske kvalitative interviewundersøgelser (Olsen, 2002).

Selektion af informanter

Interviewpersonerne er forsøgt udvalgt, så de dækker de hovedinteressegrupper, vi har set operere i praksisfeltet gennem vore tidligere arbejder. Grupperne dækker patient- og interesseorganisationer, regionspolitikere, lægefagstanden og fremtrædende embedsmænd der repræsenterer såvel det lægefaglige som det juridiske og økonomiske speciale. Folketing og ministerniveau er ikke repræsenteret, idet vi ikke har defineret dem som medlemmer af praksisfeltet. Disse dækkes i stedet ind via folketingsdebatterne. Patientgruppen har vi valgt at lade dække af patientforeningerne, henholdsvis ved den tidligere formand for Patientforeningen Danmark, Karsten Skawbo-Jensen og Arne Rolighed fra Kræftens Bekæmpelse. Vi er dog opmærksomme på, at Arne Rolighed har skiftet position i feltet flere gange. Han har således indtaget roller som både regional embedsmand, minister og altså senest som direktør for en interesseorganisation.

Vores informanter er:

- Karsten Skawbo-Jensen, tidligere formand for Patientforeningen Danmark.
- Arne Rolighed, direktør i Kræftens Bekæmpelse.
- Peter Michael Vestløv, overlæge ved onkologisk afdeling Herlev Hospital.
- Jesper Fisker, direktør for Sundhedsstyrelsen.
- Jens Kristian Gøtrik, tidligere Medicinaldirektør.
- Bent Hansen, formand for Danske Regioner

Interviewopfattelser

Hensigten med interviewene er ikke at nå frem til en universel sandhed med tendentielt objektiv afdækning af informanternes erfaringer eller oplevelser. Formålet er heller ikke at opstille en deskriptiv analyse. I stedet er det vores hensigt, gennem en systemteoretisk tilgang, at opstille en forståelsesmæssig ramme for, hvad det er for strømninger, der skabes i praksisfeltet. I den forstand forsøger vi gennem spørgsmålene at afdække interviewpersonernes selvoplevelse af problemfeltet, idet interviewene konstruerer et spejl, hvorigennem vi kan observere den mening, informanterne tildeler deres oplevelser og sociale omverden.

Interviewene er semistruktureret opbygget, og informanterne er på forhånd blevet fremsendt følgende spørgsmål:

- Hvad betyder begrebet behandlingsgarantien i din optik?
- Hvorfor indføres behandlingsgarantien? Er den et udtryk for etisk, ideologisk, faglig eller økonomisk tænkning?
- Hvilket formål tjener den herudover? (legitimering af den siddende regering, strukturreformen ...)
- Hvilke konsekvenser vil behandlingsgarantien få for styringen af det offentlige sundhedsvæsen?
- Hvordan tror du, behandlingsgarantien vil påvirke det enkelte sygehus prioriteringer og daglige drift?
- Hvordan tror du, behandlingsgarantien vil påvirke forholdet mellem den offentlige og private sygehussektor?
- Hvilke borgere vil blive tilgodeset af behandlingsgarantien?
- Hvad er næste skridt? Skal debatten om kræft som akut sygdom ses som en forløber for, at også andre og mindre alvorlige sygdomme med tiden vil blive

berettiget til umiddelbar behandling? Eller er det snarere et udtryk for, at udviklingen igen drejer i retning af en differentieret garanti?

Ved iscenesættelse af et semistruktureret interview frem for et frit eksplorativt interview begrænses vi af vores egen forforståelse af problemfeltet, og forsøger at presse informanternes forståelse ind i en ramme, hvor de er sammenlignelige. Dette er ikke nødvendigvis givet, per se. Brugen af semistrukturerede interview gør det imidlertid muligt for os at udføre en analyse på den begrænsede tid, vi har til rådighed, men gør os også blinde for andre og radikalt anderledes forståelser af problemfeltet.

Transskription

Interviewene er transskriberede in extenso og udgør som sådan en fastfrosset version af en taleakt. Analyse-mæssigt rejser dette naturligvis nogle problemer, idet en samtale indeholder mere kommunikation end det, der fremkommer ved transskriptionens fastfrysning af det talte ord. Alle interviewsituationer er gennemført som enkeltstående interview med én informant og os. De fysiske positioner har været fastlåste, og det meningsbærende indhold i andet end det talte ord minimeret. Da taleakten under alle omstændigheder fastholdes gennem afhandlingens skrevne sprog, anser vi derfor transskriptionen for at dække vores analysebehov.

Reliabilitet og validitet af transskriptionen

Da lingvistiske analyser eller psykologiske fortolkninger ikke er vores formål, behøver vi ikke at lægge vægt på elementer som ordstillinger, dialekt eller emotionelle udtryk. Vi søger alene det meningsbærende indhold i det talte ord, hvorfor transskribenten er instrueret i at gengive ordret og bevare syntaks. Emotionelle udtryk er udeladt, undtagen der hvor de bærer mening i samtalen. Hvor det er nødvendigt, er der dog ved brug af citater i rapporten sket en transformering til litterær stil, således at citaterne loyalt kan formidle informantens mening til læseren af rapporten.

Interviewene er afslutningsvis lyttet igennem og sammenholdt med transskriptionen. Vi anser derfor transskriptionerne for at være valide og reliable som empirisk materiale for vores afhandling.

Interviewanalyse

Interviewanalysen er gennemført efter en formelt struktureret metode. De enkelte hel-meninger er kategoriseret i forhold til henholdsvis tidsmæssigt henførselspunkt

for udsagnet, samt hvilket kommunikationssystem udsagnet kan henregnes til. På denne måde samles og identificeres alle udsagn til hvert enkelt tidsmæssigt nedslagspunkt i forhold til en historisk ramme, der gør det muligt at afsøge og identificere, hvilke koder der tidsmæssigt refereres til i kommunikationen.

Interviewene bruges primært til en analyse af den nutidige opfattelse af behandlingsgarantien samt den betydning, interviewfeltet tillægger denne for samfundsudviklingen. Herudover bruges interviewene sammen med en række sekundære kilder til at understøtte den historiske gennemgang af udviklingen. Informanternes udsagn om historiske forhold kan bære præg af efterrationaliseringer, hvilket vi ved udvælgelsen har forsøgt at forholde os til gennem en refleksion over samtidige avis- og folketingsdebatter.

Analytisk fremgangsmåde

Med en institutionel tilgang analyserer vi, i en diskontinuerlig tilgang, de lovmæssige ændringer i nedslagspunkterne. Vi ser på, hvorledes den institutionelle udvikling har fundet sted, og forsøger i et institutionelt perspektiv at give en forklaringsmæssig tilgang til legitimitetsbegrebet.

I en efterfølgende systemteoretisk analyse ser vi på, hvorledes de enkelte systemers indbyrdes logikker, programmer og semantikker emergerer med henblik på at udvikle vores forståelsesmæssige ramme af behandlingsgarantien, som den i dag kommer til udtryk.

Institutionel fremgangsmåde

Den institutionelle analyse har vi valgt at udføre på basis af Scotts institutionelle paradigme om regulative, normative og kognitive søjler som en forklaringsmæssig tilgang til legitimitetsbegrebet.

Analysen er foretaget ved fælles struktureret gennemgang af de udsagn, som vi identificerer som værende af betydning i de udskrevne referater fra folketingsdebatterne. Hvert enkelt udsagn er analyseret og henført til den af de tre søjler, som vi i fællesskab har ment at kunne henregne udsagnet til. De har efterfølgende dannet grundlag for den analyse, som har haft til formål at vurdere, hvorledes de tre søjlers indbyrdes styrkeforhold træder frem over tid.

Vi forsøger i vores institutionelle analyse også at identificere, hvilke institutionelle mønstre, dimensioner, tidsrammer og substantialitet, der karakteriserer forløbet frem til behandlingsgarantiens emergering, som den udtrykkes i 2007 loven. Vi ser

endvidere på, hvorledes de bagvedliggende mekanismer sporafhængighed, bricolage, spredning og oversættelse kan sættes ind i en kausal forståelsesmæssig ramme.

Det er vigtigt at være opmærksom på, at selv når nye radikale beslutninger skal træffes af lovgivende forsamlinger, kan de efterfølgende blive så udvandede gennem implementering, at de år senere viser sig at have langt færre konsekvenser, end man oprindeligt havde forstillet sig. På den anden side kan en symbolsk og måske knapt eksplicit forandring i det ene øjeblik foregribe en langt mere substantiel og eksplicit forandring i det næste.

Systemteoretisk fremgangsmåde

Som grundlag for den del af vores analyse, der har til formål at afdække, hvilke differentierede opfattelser behandlingsgarantien er opbygget af, har vi valgt at anvende en systemteoretisk tilgang.

I takt med at behandlingsgarantien bliver et tema i den offentlige diskussion, ikklædes begrebet en speciel karakter. Begrebet bliver på en gang både det samme og forskelligt. Forklaringen på dette skal findes i Luhmanns tese om funktionel differentiering, nærmere bestemt tesen om, at en organisation i sin beslutningstagen abonnerer på forskellig funktionssystemers medier og koder, hvorved grundlaget for beslutning ikke længere kan karakteriseres som entydigt men derimod fremstår flertydigt eller polyfont. Det er de forskellige delsystemer, der former kommunikationen om behandlingsgarantien, og som dermed udvikler bestemte meningskategorier, der skaber et bestemt beslutnings- og handlingsgrundlag ud fra en fælles men kompleks orientering, der knytter an til begrebet behandlingsgaranti.

Et vigtigt element i den systemteoretiske metode er iagttagelse eller rettere iagttagelse af iagttagelse, hvilket vil sige iagttagelse af anden orden.

Luhmann ser den kommunikative verden opdelt i forskellige selvreferentielle systemer, der adskiller sig fra omverdenen gennem deres forskellige binære koder. Når iagttagelse foregår gennem det funktionelle delsystems koder, opstår der et skel mellem det, der er indenfor dette system, og det der er udenfor. Dermed bliver den anden side af forskellen og enheden af forskellens to sider usynlig for iagttageren. Det er denne blinde plet, vi forsøger at gøre synlig gennem en iagttagelse af iagttagelsen.

Vi har gennemgået de udvalgte folketingsdebatter samt interviewpersonernes udsagn og relateret disse til de funktionelle delsystemer. Ud fra de distinktioner syste-

merne sætter gennem deres binære koder er formålet, at afdække, hvordan begrebet behandlingsgaranti begribes i en polyfon sammenhæng.

De anvendte delsystemer er her oplistede med deres binære koder og de symbolsk generaliserede medier, koderne er henvist til.

	Intimitets-systemet	Rets-systemet	Det politiske system	Det økonomiske system	Sundhedssystemet
Medie	Kærlighed	Legalitet	Magt	Penge	Behandling
Kode	elsket/ikke elsket	ret/uret	styrer/styret	betale/ikke betale	rask/syg

Vi har taget udgangspunkt i følgende antagelser:

I intimitetssystemet er mediet kærlighed eller omsorg og koden elsket/ikke elsket. Kommunikationen i dette system kredser om personlige erklæringer. Hvad der bliver set som en personlig erklæring er ikke entydigt men variabelt. Det kan blot være, at man tilbyder det enkelte subjekt særlige muligheder.

I det juridiske system er mediet legalitet og koden ret/uret. Rettigheder er den juridiske kommunikations omdrejningspunkt. Systemet igangsætter sig selv og forsøger at rekonstruere temaet juridisk, når en rettighed kan tolkes som overtrådt, og der optræder et rettighedsbærende subjekt. Det er således ikke tilstrækkeligt, at noget i dets omverden karakteriseres som uretfærdigt, for at gøre det til genstand for kommunikation i det juridiske system.

Det politiske system opererer med mediet magt og med en politisk/administrativ semantik, som bevæger sig omkring koden styrer/styret eller magtoverlegenhed/magtunderlegenhed. Her tager kommunikationen afsæt i fælles anliggender. Dvs. at den politiske kommunikation først kan definere et tema som politisk, når det kan iagttages som noget, der vedrører noget alment.

I den økonomiske kommunikation er mediet penge og koden er betale/ikke betale. Økonomisk kommunikation kommunikerer gennem konstant redistribution af betalingsdygtighed og udygtighed, og et tema kan først defineres som økonomisk, når der kan betales, dvs. når det kan gøres til genstand for økonomisk cirkulation og gives en pris. Det, der i den økonomiske transaktion kan betragtes som en vare, er ikke givet men historisk variabelt.

Sundhedssystemet anvender i sin kommunikation mediet behandling og koden rask/syg. Denne kommunikation kredser i vores optik omkring helbred. Et tema kan karakteriseres som tilhørende sundhedssystemet, når det tager udgangspunkt i helbredelse af sygdomme eller vedligeholdelse af helbred.

Sundhedssystemet skal ses som et eksempel på en forsat uddifferentiering af delsystemer pga. samfundets stigende kompleksitet. Uddifferentieringen er sket fra det videnskabelige system, der opererer i koden sand/falsk. Vi har i denne afhandling valgt at anvende sundhedssystemets koder frem for det videnskabelige systems koder, idet udsagnene inden for dette område ikke "filtreres" gennem koden sand/falsk men gennem koden rask/syg.

Med behandlingsgarantien og dens forskellige udtryk som strukturel kobling beskriver vi derefter, hvordan de forskellige delsystemer relaterer sig til hinanden, og hvordan de her iagttagede delsystemer ud fra hver deres normative udgangspunkt optager og bearbejder behandlingsgarantien i sine forskellige skiftende bestanddele.

Endelig ser vi på, hvordan behandlingsgarantiens iboende elementer dukker op som program for beslutninger i forhold til lovgivningen og i forhold til, hvordan de indgår i den nuværende konstituering af begrebet, som kommer til udtryk gennem de interviewede nøglepersoners udsagn.

Teoretisk ramme

Institutionalisme

Institutioner er grundlaget for vores samfundsliv. De består af formelle og uformelle regler, overvågnings- og sanktionsmekanismer samt betydningssystemer, der definerer den sammenhæng, som individer, erhvervsvirksomheder, fagforeninger, nationalstater og andre organisationer opererer i og samvirker med hinanden indenfor. De afspejler de midler og den magt, som de, der har skabt den, har, og de påvirker fordelingen af midler og magt i samfundet. Når de først er dannet, er institutioner magtfulde ydre kræfter, der er medvirkende til at bestemme, hvordan mennesker skaber mening i deres verden, og hvordan de handler i den. Institutionerne kanaliserer og regulerer konflikter og sikrer således samfundets stabilitet (Campbell, 2004).

Den nyinstitutionelle teori har udgangspunkt i tre forskellige paradigmer: rationel choice-, historisk- og organisatorisk institutionalisme. Ud fra hvert sit udgangspunkt giver de teoretiske rammer mulighed for at analysere, hvorfor og hvordan institutionelle forandringer opstår (Campbell, 2004). Selvom den institutionelle analyse således som udgangspunkt har det samme formål uafhængig af teoriretning, nemlig at forbedre forståelsen af de kræfter der får forandringer til at indtræffe eller udeblive, er der forskelle i teoriernes udspring og analyseniveau.

Rationel choice baserer sine analyser på et mikroperspektiv, har sine rødder i neoklassisk økonomis teser om cost-benefit rationaler og ser ofte institutioner som en strategisk ligevægt. Det betyder, at man befinder sig i en situation, hvor ingen ensidigt vil vælge at ændre sin nuværende adfærd ud fra tilgængelige alternativer og de forventninger, der er til andres reaktion (Bates, Greif, Levi, Rosenthal, & Weingast, 1998, s. 8-10). Andre rational choice institutionaliser anskuer institutioner som en *helhed af formelle og uformelle regler samt de overvågnings- og sanktionsmekanismer, der får aktørerne til at handle i overensstemmelse med disse regler* (North, 1990, s. 3).

Historisk institutionalisme har sine rødder i Marx' historiske materialisme og Webers komparative institutionshistorie. Analyseniveauet er makroanalytisk, og fokus lægges på, hvordan politiske og økonomiske beslutningsprocesser påvirkes af de enkelte staters institutionelle arrangementer som fx parlament, valgeregler og EU. Fra et historisk-institutionelt "makro-perspektiv" kan institutioner betragtes som *formelle og uformelle regler og procedurer som dem, der er blevet kodificeret i lovgivningen eller*

anvendt af bureaukratiske organisationer som stater eller erhvervsforetagener (Thelen K, 1999).

Organisatorisk institutionel teori forsøger at beskrive og forklare, hvorledes legitimitet og social rationalitet påvirker virksomheder og organisationers adfærd. Ifølge W. Richard Scott er socialt skabte værdier, forestillinger og antagelser af afgørende betydning for, hvordan vi organiserer os. Ønsket om legitimitet spiller således en større rolle for de enkelte aktørers valg end snævre ønsker om profitmaksimering. Strukturer og praksisser vil derfor ofte kunne blive fastholdt på trods af verificeret økonomisk ineffektivitet. Organisatorisk institutionalisme har sine rødder i kognitiv psykologi og centrerer sine analyser omkring organisatoriske felter og populationer. Og selvom organisatoriske institutionalister erkender, at institutioner omfatter formelle regler, er der mange af dem, der betragter institutioner *som kulturelle rammer, "drejebøger" og kognitive skemaer der er uformelle, fælles og som tages for givet (Jepperson, 1991).*

W. Richard Scott (Scott, 2001) anvender en bredere definition på begrebet institution. I definitionen indgår regulative, normative og kognitive strukturer og aktiviteter som stabiliserende og meningsdannende for de enkelte aktører. I praksis kan flere elementer være til stede samtidig. Traditionelt inddrages de tre strukturer afhængigt af tilgangen for analyse af institutionsbegrebet. Ved en økonomisk tilgang er det regulative elementer som lovgivning, regler, kontrakter, handelsaftaler, belønnings- og sanktionssystemer, der indgår. Ved en politologisk tilgang er det normative elementer som forskrifter, vurderinger, rådgivning og standarder og ved en antropologisk/psykologisk tilgang benyttes kognitive elementer som forståelsesrammer og oplevelsen af, hvad der er virkeligt.

Legitimitet har en central rolle i organisatorisk institutionel teori og kan virke som forklaring på, hvorfor virksomheder og organisationer indfører nye ledelsesformer og praksisser. Ifølge Suchman er legitimitet en generel opfattelse eller antagelse om, at en aktørs handlinger er ønskværdige, korrekte eller passende inden for et socialt sammensat system af normer, værdier, forventninger og definitioner (Suchman, 1995). Virksomheder og organisationer ses som åbne systemer, som naturligvis er afhængige af råstoffer, finansielle- og menneskelige ressourcer. Men ifølge organisatorisk institutionalisme er opnåelse og fastholdelse af legitimitet, en organisations vigtigste ressource. Herved opnår organisationen at fremstå tidssvarende, troværdig og attraktiv overfor omgivelserne. Ifølge Meyer og Rowans vil organisationer uden

legitimitet derimod være ude af stand til at tiltrække nødvendige finansielle og menneskelige ressourcer på sigt og dermed gå til grunde (Meyer & Rowan, 1977).

Inspireret af John Campbell kan en institutionel forandring blandt andet karakteriseres i forhold til følgende punkter: det institutionelle mønster, dimension, tidsramme og substantialitet samt bagvedliggende mekanismer i form af sporafhængighed, bricolage, spredning og oversættelse.

Det institutionelle mønster optræder enten evolutionært/inkrementielt eller alternativt revolutionært. Et evolutionært mønster karakteriseres ved, at udviklingen sker i form af gradvis akkumulering af små og trinvis forandringer over en længere periode, og at der under disse evolutionære perioder sker en social tillæring, hvor aktører gradvist justerer institutionernes opbygning på en måde, der begrænses af allerede eksisterende praksisser, regler, rutiner og kognitive skemaer. Perioderne kan så under tiden afbrydes af kriser, som eventuelt udløser egentlige kampe omkring selve centret for den institutionelle status quo. Resultatet kan til slut munde ud i virkeligt grundlæggende institutionelle omvæltninger, hvorved forandringen får et revolutionært præg. Forudsætningen for at kunne afgøre, hvorvidt en forandring sker i en evolutionær eller revolutionær kontekst kræver, at det er muligt at afgøre, hvorvidt der har været kritiske vendepunkter imellem stabile perioder. Forudsætningen er altså, at man er i stand til at identificere specifikke mønstre og definere de kritiske variable.

Forandringens dimensioner kan karakteriseres gennem Scott's tre institutionelle søjler: den regulative søjle som består af juridiske, konstituelle regler samt regler som begrænser adfærd. Den normative søjle som omfatter de principper, der foreskriver adfærdens mål samt de hensigtsmæssige måder, der er at forfølge dem på. Og den kognitive søjle, som fastsætter vores ureflekterede kulturelt formede antagelser om virkeligheder og de rammer, hvori virkeligheden opfattes og giver mening.

Forandringens tidsramme afgrænser det tidsrum, hvori en given begivenhed eller række af begivenheder munder ud i en institutionel forandring. Det kan dog være svært konkret at identificere, hvornår et paradigmeskift reelt er indtrådt som udtryk for en sådan forandring.

Forandringens substantialitet skal afgøre, om en påvist forandring overhovedet har haft betydning som efterfølgende institutionel forandring med ledsagende stabilisering eller destabilisering.

Sporafhængighed er en tilstand, hvor begivenheder og beslutninger munder ud i etablering af institutioner, som efterfølgende vil bestå over længere tid, og som begrænser aktørernes fremtidige mulighed for at ændre strategi. Der eksisterer alternative muligheder, men tilknytning til specielle institutionelle arrangementer gør det ikke muligt at foretage en hurtig justering af et oprindeligt valg. Sporafhængighed fremtræder som et resultat af en række feed-back mekanismer, hvorigennem aktører høster stigende udbytte på baggrund af adfærd, der er i overensstemmelse med hidtidig adfærd (positiv feed-back). Blandt årsager kan fx nævnes, at politiske institutioner typisk har høje startomkostninger, som betyder, at når først en sporafhængighed er etableret, er aktørerne meget lidt tilbøjelige til at ændre dem. Politikere vil også ofte bevidst bygge institutioner på en måde, der gør dem svære at rive ned igen, ligesom det ofte gælder, at når først en politisk stil eller beslutningsproces er institutionaliseret, akkumuleres viden og dermed sikkerhed om dens virke. Endelig har de, som har størst udbytte af juridisk eller institutionel gavmildhed en fortsat interesse i at fastholde de eksisterende institutioner.

Bricolage er en anden vigtig mekanisme af betydning for forandring. Forandringerne sker ved, at aktørerne udarbejder nye institutionelle løsninger, som nykombineres af allerede eksisterende elementer. Processen er sporafhængig, hvilket betyder, at valgmuligheder er mere eller mindre fastlagte på forhånd af det sæt af institutionelle principper, som allerede er til rådighed, og forandringsprocessen er derfor at betragte som evolutionær.

Spredning fører i en organisatorisk institutionel sammenhæng til isomorfi og homogene udfald. Ud fra denne tilgang fremstår spredning overvejende som en mekanisk og "bevidstløs oversættelse af information" fra en institution til en anden. Isomorfisme kan oversættes til "samme form" eller ensliggørelse. Baggrunden er den fokusering på legitimitet, som påtvinger organisationer en høj grad af ensliggørelse og standardisering. Af samme årsag fravælges "de skæve" og anderledes ideer (Suchman, 1995).

Ifølge DiMaggio og Powell er der tre gennemgående mekanismer, som kan give anledning til isomorfi indenfor organisationer:

Tvangsmæssig isomorfi baseres på politisk indflydelse og et over/underordningsforhold mellem den der påtvinger, og den der påtvinges en bestemt form for praksis. Det kan være en myndighed med formel autoritet, der udstikker retningslinier, som forventes overholdt.

Mimetisk isomorfi optræder i tilfælde, hvor situationer er præget af usikkerhed, og hvor kopiering fra rollemodeller ud fra kognitive begrundelser fører til "det sikre valg".

Normativ isomorfi tilskrives professionalisering, hvor betingelser og metoder for udførelse af bestemte erhverv legitimeres gennem autorisationer, certificeringer o.l.

Oversættelse betyder, at den enkelte organisation i takt med institutionelle forandringer indfører specifikke nykombineringer af ideer med en allerede eksisterende institutionel praksis. Graden af overførsel af de spredte ideer afhænger med andre ord af de lokale institutionelle sammenhænge, magtkampe og støtte fra ledelse. Implementeringen vil ofte være udtryk for, at aktører forsøger at optage praksisser på måder, der opfylder egne politiske og økonomiske interesser eller forsøger at optage praksisser, som tager hensyn til de kognitive forståelser og diskurser, der hersker for, hvordan institutioner bør organiseres.

Luhmanns systemteori

Systemteorien bygger på en enkel præmis, nemlig at der findes systemer. Indenfor systembegrebet skelnes mellem maskiner, organismer, psykiske systemer og sociale systemer, og det er sidstnævnte, systemteorien anvendes i forhold til. Teorien er universel inden for rammerne af, at den kan anvendes på hvad som helst, der opererer med en skelnen mellem sig selv (system) og omverdenen. Målet for Luhmann var at forme en teori med en højt udviklet opløsnings- og rekombinationsevne, der sætter én i stand til at begribe det moderne samfund bedre. Luhmann udtalte selv, at han fandt det frugtbart at begynde teorier med forskel og ikke enhed og ende med en endnu bedre forskel. Forskellen mellem system og omverden er vigtig, fordi det betyder, at man kan sammenligne noget forskelligt med hinanden (Kneer & Nassehi, 2006, s. 15).

Efterfølgende præsenteres centrale begreber og sammenhænge i systemteorien af relevans for denne afhandling.

Kommunikationer

Grundelementet i Luhmanns teori om sociale systemer er kommunikation. Verden forstås gennem kommunikation, igennem hvilken sociale systemer skabes, udvides og påvirkes.

I en systemteoretisk sammenhæng er det ikke mennesker, der kommunikerer, men kommunikationen selv, der kommunikerer. Kommunikationer skal ikke forstås som

en overdragelse af et budskab fra en afsender til en modtager, men som sociale systemers konstante produktion af kommunikation ud fra kommunikationen. Kommunikation forudsætter dog mindst to psykiske systemer i dens omverden.

Personer/psykiske systemer opfattes her som identifikationspunkter i kommunikationen. I Luhmanns forståelse er kommunikation en form for koordineret selektionsproces, hvor information, meddelelse og forståelse kombineres. Udvælgelse af information er altid en kontingent handling. Der er altid flere meddelelsesmuligheder. Kommunikation kan leveres mundtligt eller skriftligt med høj eller lav stemme osv. Dernæst kan den meddelte information forstås på flere forskellige måder. Endelig indtræder også en fjerde selektion, i hvilken modtageren afgør, hvordan han/hun vil forholde sig til det meddelte. Kommunikation er altså en syntese af de nævnte selektionsområder og er i sin natur uafhængig, autonom, selvreferentiel og lukket i selektionsprocessen (Luhmann, 2003, s. 33).

Selve kommunikationsprocessen styres af temaer, der sammenfatter bidrag til en længerevarende meningssammenhæng. Temaerne har et sagligt, tidsligt såvel som socialt aspekt. De må nødvendigvis, for at kunne koordinere bidrag, have et sagligt indhold som fx sundhedspolitik. Den tidslige dimension hænger sammen med, hvornår temaets mætningsgrad indtræder, og om det er i stand til at holde sig i live gennem rekruttering af nye deltagere. Det sociale aspekt aktualiserer sig ved, at deltagerne bindes sammen gennem synlig handlen. Temaerne fungerer også som kompleksitetsreducerende redskab og er med til at kontrollere kommunikativ adfærd.

De kommunikative temaer udskiller sig i programmer, hvortil der er knyttet funktionsspecifikke semantiker. Programmer optages i de forskellige funktionelle delsystemer gennem disses selektionsmekanisme og selvreferentialitet og kan sideløbende behandles i flere forskellige systemer som fx frit valg, der både ses som et hensyn til den enkelte borger og som en konkurrencefremmende foranstaltning. Man kan derfor sige, at de funktionelle delsystemer er uforanderlige i den måde de betragter verden på, hvorimod programmer er foranderlige alt efter hvilket system, de bliver anskuet igennem. Programmer er yderligere med til at reducere kompleksitet ud fra det, at de indsnævrer, hvad der kan kommunikeres om.

Autopoiesis

I udgangspunktet er sociale systemer selvreferentielle systemer, der producerer og reproducerer deres indhold i operationelt lukkede systemer. Begrebet selvreferen-

tialitet dækker over den grundtanke, at systemer opretholder sig selv og styrer deres indre processer på grundlag af deres indre dynamik (autopoiesis). Systemet er derfor lukket omkring sig selv. Men det er igennem lukketheden omkring sin egen opretholdelse, at åbenhed i forhold til omverdenen er mulig. Bevidstheden om egne referencer gør det nemlig muligt at relatere til omverdenen. Det redskab, det sociale system anvender i sin egen selvreferentialitet og i interaktionen med omverdenen, er netop kommunikation. Sociale systemer påvirkes af kommunikative hændelser i omverdenen, men hvordan påvirkningen optages afhænger af systemets indre struktur. Påvirkningen er konstant, i det kommunikation foregår hele tiden, hvorfor sociale systemer i denne sammenhæng må karakteriseres som ustabile og dynamiske. De præges af kommunikation, der opløses i samme sekund den skabes. Men Luhmann hævder, at netop denne mangel på stabilitet er en betingelse for systemernes varighed.

Differentieringer

Luhmann har anskuet den generelle samfundshistoriske udvikling i et differentieringsperspektiv, hvor den enkelte differentiering knytter sig til en bestemt distinktion. De samfundsmæssige ændringer er gået fra segmentær differentiering over stratifikatorisk til funktionel differentiering. Dvs. fra ens delsystemer som fx stammer og landsbyer over ulige lagdeling til delsystemer, der adskiller sig fra hinanden gennem deres specifikke samfundsfunktion.

Distinktioner

I den funktionelle differentieringsform foregår der en uddifferentiering af samfundet, hvor uens delsystemer som ret, politik, videnskab, massemedier, økonomi, pædagogik, religion, kunst og kærlighed adskiller sig fra hinanden gennem deres funktionelle relation til samfundet. På dette sidste trin findes delsystemernes grænse i deres samfundsmæssige funktion. De er hver især eksklusive og ude af stand til at substituere hinanden.

De funktionelle delsystemer konstituerer en forskel gennem den måde, de hver især iagttager og behandler verden på. Det enkelte systems iagttagelse er funderet i fastholdelsen af to værdier eller binære koder, der udgør det filter, hvorigennem nye begreber og omverdenen optages og behandles i de respektive systemer. Til de funktionelle delsystemer intimitetssystemet, retssystemet, det politiske system, det økonomiske system og sundhedssystemet knytter sig henholdsvis koderne elsket/ikke elsket, ret/uret, styrer/styret, betale/ikke betale og rask/syg. Distinktionen

mellem det der ligger inden for, og det der ligger uden for, mellem delsystemet og omverdenen, begribes og "sorteres" altså gennem disse binære koder. Funktionssystemerne er kun virkelige gennem de operationer, som deres binære koder muliggør. De binære koder er struktureret omkring et symbolsk generaliseret kommunikationsmedie. Hvert funktionssystem bruger ét symbolsk generaliseret kommunikationsmedie. Til henholdsvis intimitetssystemet, retssystemet, det politiske system, det økonomiske- og sundhedssystemet knytter sig medierne: kærlighed, gældende ret, magt, penge og behandling. Disse kommunikationsmedier er en art sprog, der gør usandsynlig kommunikation mulig mellem kommunikationsdeltagere, der ikke opererer i samme funktionelle system (Åkerstrøm Andersen, 2005, s. 22). Fx er mediet penge i det økonomiske kommunikationssystem symboliseret ved mønter, sedler og betalingskort. Mediet penge er generelt i den forstand, at det kan anvendes til at kommunikere om hvad som helst, men forskellige delsystemer lægger hver deres distinktion ind i betydningen af mediet, altså systemets egen binære kode. Hvert funktionssystem danner hermed sit eget billede og skaber sin egen sammenhæng, således at næsten identiske udtalelser er forskellige, alt efter hvilket system de hentes fra. Det symbolsk generaliserede medie er i den forstand løst koblet til det pågældende funktionssystem.

Sociale systemer

Luhmann har opdelt sociale systemer i tre grundlæggende kategorier.

Den første kategori er interaktionssystemer, der består af personer, der sanser og handler i en lukket sammenhæng som fx et møde eller folketingssamling.

Den næste kategori er organisationssystemer. Et eksempel på et organisationssystem er et hospital, hvor forskellige grupper af medarbejdere og patienter er tilknyttet, og hvor adgangen til og fra systemet er reguleret. Et organisationssystem adskiller sig fra omverdenen gennem specielle handlingsforløb og gør dermed organisationen mulig at beregne for såvel medlemmer som ikke-medlemmer.

Det sidste og mest omfattende sociale system er samfundssystemet, der også inkluderer interaktions- og organisationssystemer. Derudover optræder der i dette system en mangfoldighed af handlinger, som ikke er frembragt af interaktions- og organisationssystemer (Kneer & Nassehi, 2006, s. 46-48).

Organisationssystemerne har i modsætning til funktionssystemerne ikke deres egne symbolsk generaliserede medier og dermed heller ikke deres egne binære koder.

Kommunikationen i organisationer foregår gennem beslutninger, der dog dannes ud fra funktionssystemernes medier. Hermed etableres en strukturel kobling mellem funktionssystem og organisation.

De er altså hinandens omverdener, men organisationssystemer er altid koblet til mindst et funktionssystem ved at anvende dets symbolsk generaliserede medie.

En organisation, der primært er koblet til et funktionssystem, betegnes som homofon. Den orienterer sig først og fremmest efter det pågældende funktionssystems koder i beskrivelsen og programmeringen af sig selv.

Organisationer, der orienterer sig efter flere forskellige symbolsk generaliserede medier, karakteriseres som polyfone. Her eksisterer ikke længere en primær kobling til ét funktionssystem, og derfor er grundlaget/præmisserne for beslutninger ikke længere entydigt. Med andre ord er forholdet mellem organisationssystem og funktionssystem kontingent. Der er altid flere koder til rådighed og ingen fast præmis for beslutningerne. Polyfon organisering giver per definition anledning til et hierarki-problem imellem de forskellige funktionelle systemer. Der skal konstant træffes afgørelse om valg af kommunikationsmedie, og det er aldrig givet, i hvilket medie kommunikationen skal fortsætte (Åkerstrøm Andersen, 2003).

System/omverdensforskæl

Luhmanns teori er som nævnt ikke baseret på en væren men på en forskel. Et socialt system konstruerer sig selv og dets omverden gennem frembringelse af interne system/omverdens-differencer. Omverdenen bliver herved en intern konstruktion, der bestemmes af det, som systemet ikke er. System og omverden indgår derfor i et gensidigt afhængighedsforhold eller sagt på en anden måde, de konstituerer hinanden. Det er denne forskelsmekanisme, der danner opdelingen i forskellige systemer. Iagttagelse er netop baseret på denne system/omverdens difference, funderet i det basale skel mellem selvreference og fremmedreference. Luhmann definerer iagttagelse som *"en operation med en forskel med henblik på at angive den ene og ikke den anden side af forskellen"* (Luhmann, 1992, s. 98). Forskellen mellem system og omverden (selvreference og fremmedreference) må indarbejdes i systemet, idet systemet ikke kan operere udenfor sig selv. Centrum for opmærksomheden er den forskel, iagttageren orienterer sig efter. Dermed bliver bl.a. den anden side af forskellen og enheden af forskellens to sider usynlig (blinde pletter). Man kan dog efterfølgende iagttage iagttagelsen og dermed iagttage, hvad der før var uagttageligt.

Strukturelle koblinger

Strukturelle koblinger betegner, hvordan selvreferentielle lukkede sociale systemer kan stå i forhold til hinanden. Begrebet henviser til, at systemerne i deres struktur-opbygning må tage hensyn til andre systemers selektionsprocesser og betegner den situation, hvor et system ikke kan være indifferent overfor et andet system. Dette kommer til udtryk som irritation eller ”støj”, som systemet må reagere på (*strukturelle koblinger producerer ikke operationer kun irritation (overraskelse, støj) af systemet*) (Luhmann, 1993, s. 103). Den strukturelle kobling etablerer en styret åbning i systemet mod omverdenen, og tillader informationsudveksling/”støj” som bearbejdes til intern kommunikation i henhold til systemets egen binære kode. Dette kommer konkret til udtryk, hvor forskellige systemers deltagere forbindes med hinanden i en forhandling, men hvor de fastholder hver deres måde at kommunikere på om de samme forhold og bevarer hver deres normative ståsteder. Et eksempel på en strukturel kobling er en lov. Det politiske system vedtager lovene og det retslige system bringer dem i anvendelse. De to systemer indgår i et bestemt afhængighedsforhold med hinanden, men opererer fortsat autonomt og forbliver omverden for hinanden.

Mening

Delsystemernes konstante ”bombardement” af kommunikation betyder, at systemer står overfor en uanet mængde af muligheder, som de er nødt til at reducere for at skabe mening. Det er gennem mening, at sociale systemer skaber sig selv. Forskelle og relationer (forskelsbegrebet) ligger i en luhmanniansk forståelse af mening. Begrebet defineres af Luhmann som enheden af forskellen aktualitet/mulighed (*”meaning is the link between the actual and the possible: it is not the one or the other”*) (Åkerstrøm Andersen, 1999, s. 122). Meningsskabelse foregår som en konstant nyarrangeren af forskellen mellem aktualitet og mulighed. På et givet tidspunkt er noget i fokus for, hvad der får mening, men det viser samtidig hen til andre muligheder. Aktualitetens kerne er derfor ustabil, og der må hele tiden gennemføres en nyudvælgelse – en selektion, som så igen henviser til andre tilslutningsmuligheder. Dvs. mening er under konstant reformation og stadigt flydende.

Kompleksitet

Kompleksitet er et centralt begreb i Luhmanns systemteori. Systemteoriens eksistens, hviler netop på dette begreb, idet formålet med teorien er at tjene som kompleksitetsreducerende redskab.

Vi betegner en sammenhængende mængde af elementer som kompleks, når ethvert element på grund af immanente begrænsninger i elementernes tilslutningskapacitet ikke til enhver tid kan sammenknyttes med ethvert andet (Luhmann, 2000, s. 61).

Begrebet betegner verdens samlede mængde af mulige begivenheder og tilstande (Kneer & Nassehi, 2006, s. 44). Omvendt er mindstemålet for kompleksitet, at noget kan antage to tilstande. Et stigende antal tilstande eller begivenheder øger samtidig de indbyrdes mulige relationer, og dermed øges også kompleksiteten. En systemteoretisk analyses øverste udgangspunkt er kompleksitet, og analysens formål er at reducere denne og derigennem muliggøre en bearbejdning af kompleksiteten for det enkelte menneske. Det er i den sammenhæng de sociale systemer træder ind, for gennem deres selektionsmekanismer at udelukke muligheder og reducere mængden af mulige tilstande og begivenheder. I et socialt system bliver der altså tilladt færre begivenheder og tilstande end i systemets omverden.

Forudsætningen for at et socialt system eller handlingssystem kan reducere omverdens kompleksitet er, at det selv er komplekst og derigennem er i stand til at opretholde sig selv under ændrede omverdensbetingelser. Netop denne indre kompleksitet i et socialt system, der er nødvendig for at reducere kompleksitet, er medvirkende til at skabe yderligere kompleksitet, idet enhver operation af denne karakter er med til at skabe nye tilstande, der giver nye tilknytningsmuligheder (Luhmann, 2000). Da denne dynamik dels er til stede indenfor de enkelte systemer dels i integrationen mellem delsystemerne i form af koblinger, foregår der en konstant udvidelse og uddifferentiering af systemerne, hvilket i takt med samfundets stigende kompleksitet giver overlapninger og uklare grænser systemerne i mellem.

Kontingens

Opdeling af den immaterielle verden i sociale systemer er en måde at reducere verdens ubestemte eller uorganiserede kompleksitet til en organiseret kompleksitet. Sociale systemer udgør i kraft af deres iboende dynamik en meningssammenhæng af sociale handlinger, som henviser til hinanden, og som afgrænser sig fra omverdenen. Det er her Luhmanns definition af begrebet kontingens kommer ind: *"Kontingens er det, som hverken er nødvendigt eller umuligt: det, der altså kan være sådan som det er (var eller vil blive), men som også kunne være anderledes. Begrebet betegner følgelig det givne (erfarne, tænkte, fantaserede) med hensyn til en mulig anderledes væren (Sløk, 1999, s. 30).*

Kontingens betyder, at hverken det umulige eller nødvendige er til stede. Stabile sociale systemer, som eksempelvis de vestlige demokratier kan tåle en høj grad af kontingens, fordi de har etableret stabile rammer, som kan fungere med skiftende indhold, uden at det nødvendigvis fører til kaos (Luhmann, 2003, s. 20).

Kontingens er i en systemteoretisk tænkning forbundet med magt. Magtudøvelsen ligger i, at der foretages valg mellem flere alternativer. Idet vi tager afsæt i et bestemt system eller en generaliseret kode, når der træffes en beslutning, foretager vi et valg, der konstituerer og begrænser modtagerens muligheder for valg. Derved bliver magt en regulering af tilfældigheder. Funktionssystemernes værdier og generaliserede medier er med deres egne cirkulære og interne rationaler med til at definere, hvad, der for sundhedssystemets vedkommende, er rigtig behandling, eller hvornår man er rask eller syg.

I de enkelte beslutninger, som fx vedtagelsen af en fire ugers behandlingsgaranti, ligger der ofte dilemmaer udsprunget af de forskellige systemers manglende evne til at kommunikere direkte med hinanden. Det kan gøre det vanskeligt at tage vigtige punkter til debat. En behandlingsgaranti defineret indenfor det politiske system kan forhindre eller hæmme en debat om økonomiske eller lægefaglige konsekvenser. Dette er en form for systemmagt eller en indbyrdes hierarkisk placering af forskellige funktionssystemer.

Analyse

Tiden før 1993

I bogen *Ve og Velfærd, Læger Sundhed og Samfund i 200 år*, beskriver Kurt Jacobsen og Klaus Larsen, hvordan sundhedsvæsenet op igennem 1960'erne og i starten af 1970'erne blev udviklet. Udviklingstakten var så hurtig, at fx Odense Sygehus konstant var under udbygning i denne periode. Perspektivplan PI konstaterede nøgternt, at det ikke var politikerne, men lægerne, der fastlagde behovene og opgaverne og dermed væksten i sundhedsvæsenet (Perspektivplan I). I den stærkt kritiske bog: "Den herskende klasse" fra 1973 citerer Jørgen Dirch en forskergruppe fra Københavns Universitet, der havde beregnet, at fortsatte den vækst, som havde præget sektoren fra 1960 til 1968, ville Danmarks samlede bruttonationalprodukt i 2010 blive anvendt på sygehusdrift. I vores interview med Arne Rolighed fortæller han, at denne linie blev fulgt helt op i 1970'erne, hvor skiftende regeringer under Anker Jørgensens ledelse forsøgte at fortsætte velfærdssamfundets vækst på trods af periodens store økonomiske kriser. Men med Schlüter-regeringernes økonomiske genopretningsprogrammer blev fokus ændret. Nu fik budgetoverholdelse højeste prioritet på bekostning af behandling til tiden. Budgettet stod således i stampe i den følgende periode på trods af, at antallet af behandlinger fortsat steg.

En søgning i avisregistrene afslører imidlertid, at der også før Schlüter-regeringen kom til, var ventelister i det danske sundhedsvæsen. I 1982 kørte Ekstrabladet således før regeringsskiftet en artikelserie om "Hospitalskrisen", hvor man bl.a. kunne læse, at der nu var 50.000 patienter på venteliste. Årsagen var ifølge den daværende avisdebat mangel på læger og sygeplejersker, og i "god klassisk stil" var de skiftende socialdemokratiske ministres svar på problemet at øge bevillingerne til uddannelserne.

Paradigmeskiftet med Schlüter-regeringens tilkomst var derfor, at fokus blev lagt på økonomisk inputstyring og budgetoverholdelse. Et fokus, der blev videreført af de efterfølgende Nyrup-regeringer, og som på det økonomiske område gjorde amternes drift af sygehusene til en succes. Aktiviteten steg, uden at omkostningerne tilsvarende fulgte med (Rolighed, 2007) (Hansen, 2007). Ifølge aktørerne havde den stramme økonomiske politik imidlertid en negativ effekt på ventetiderne i systemet, hvor specielt ventetiden på kirurgisk behandling i perioden 1988 til 1998 steg fra omkring 75 dage til 90 dage, og hvor omkring 30 pct af patienterne ventede mere end tre måneder (Sundhedsministeriet, 1999).

En sideløbende debat var i gang omkring privat hospitaler. Den kulminerede med oprettelsen af privathospitalet Mermaid i 1989, som dog efterfølgende gik konkurs i 1994. På daværende tidspunkt skulle man selv afholde alle udgifter, hvis man som patient valgte at lade sig behandle på privat hospital.

Institutionel analyse

I tiden op mod 1993 var den regulative ramme for sundhedsvæsenet præget af en stram rammestyring med skarpe grænser mellem amter og uden mulighed for, at patienter kunne tilbydes behandling på andre hospitaler indenfor eller udenfor hjemmet. Resultatet var, at der indenfor et amt kunne være kort eller ingen ventetid på undersøgelse og behandling indenfor bestemte sygdomskategorier, mens der i naboamtet kunne være endog betydelige ventetider. Politiken meddelte således den 21.10.1992, at ventetiden for en øjenoperation på Hvidovre hospital var otte måneder, medens den var nul på Frederiksberg.

Al offentlig hospitalsdrift blev varetaget af amterne med undtagelse af det statsligt drevne Rigshospital.

Ifølge Arne Rolighed opstod ventetider på planlagte, ikke-akutte sygehusbehandlinger i forbindelse med 80'ernes skrappe økonomiske genopretning af den offentlige økonomi, efterfulgt af den ligeledes stærke økonomiske styring fra Nyrup-regeringen i 90'erne.

"I 1970'erne fik lægerne stort set hvad de bad om. Anker Jørgensen, som det gode menneske han var, byggede velfærd og sociale goder op alle vegne og tømte pengekassen. Da vi fik regeringsskiftet, sagde Schlüter, at det budget, der nu er udstukket via finansloven, skal holdes. Så fra 1982 og frem til ca. 1992 var der stort set nulvækst i det danske sygehusvæsen. Til trods for at antallet af cpr-numre, der blev behandlet i den periode steg med fire pct pr år."

(Rolighed, 2007)

Af nedenstående citat fra vores interview med Jesper Fisker fremgår det, at venteliste-problematikken ikke alene var et fænomen, som berørte sundhedsvæsenet.

"Der var en lang periode, hvor ventelister var blevet alment accepteret, overalt indenfor den offentlige sektor, ikke kun indenfor sygehusområdet. Der var også en lang periode, hvor man skulle vente et år på at få sit barn i børnehave. Indtil der pludselig breder sig en opfattelse af at 'nej, det er ikke rimeligt i et velfærdssam-

fund som det her, at man skal vente så lang tid.' Når man i øvrigt er afhængig af det."

(Fisker, 2007)

Langt ind i velfærdsstatens kerneområder har ventelister været et accepteret fænomen, legitimeret som del af rammestyringens væsen. Vi ser imidlertid også, at der på fx børnepasningsområdet politisk administrativt sættes tiltag i værk mhp at komme disse ventelister til livs. Tiltag, som burde have inspireret det lægefaglige og administrative niveau til selv at sætte handlingsforslag op for en tilsvarende indsats i sundhedsvæsenet. Alligevel skete der intet.

"Det kommer så lidt senere på sundhedsområdet, fordi den faglige autoritet på det område er langt højere, end den er på alle andre områder. Men man kunne jo sige sig selv allerede for 10 år siden, at det også ville komme til sundhedsområdet."

(Fisker, 2007)

Som udtryk for sporafhængighed var der langt ind i de lægelige kredse en indgroet opfattelse af, at styring af sundhedsvæsenet var og fortsat skulle være et lægeligt anliggende, hvor ventetider i sig selv var et styringsmæssigt redskab som ikke interfererede med behandlingsmæssigt udbytte, og som derfor ikke var et lægeligt anliggende.

"Behandlingsgaranti og ventetidsgaranti er ikke kommet fra lægestanden. Det synes jeg vi skal skamme os over. Det er kommet fra det politisk administrative system, og der vinder det politisk administrative system altså nogle point i den magtkamp, der er mellem de professionelle og det politisk administrative system."

(Vestløv, 2007)

I stedet ser vi, at der i sundhedsvæsenet, som udtryk for, hvad vi må betegne som tvangsmæssig isomorfi, gennem politisk interferering sker en spredning og oversættelse af indsatsen mod ventelister fra det sociale og over til det sundhedsmæssige område. En spredning og oversættelse, der, baseret på politiske og juridiske tiltag, emergerer i form af frit sygehusvalg og ventegarantier med det formål at fastholde og udbygge ikke alene sundhedssystemets, men i lige så høj grad politikernes legitimitet i forhold til borgerne, hvilket blandt andet sker ved at sikre disse politisk vedtagne rettigheder *"Da jeg var dreng, var det jo en dødssynd i Danmark at vente mere end to uger på en kræftbehandling.... Det var en katastrofe før 1980."* (Rolighed, 2007.)

Ud fra en normativ tilgang kan den valgte politik på sundhedsområdet, ud fra vores interviews og folketingsdebatten i 1993, retrospektivt forklares som beslutningstagerens holdning til, at budget- og rammestyring havde en helt central placering i planlægningen af samfundets sundhedstilbud til dets borgere. På grund af et stigende politisk pres finder man dog i Århus amt de første spor af en egentlig behandlingsgaranti i form af en tre-måneders behandlingsgaranti for alvorlige kræftsygdomme.

Ordningen, der var administreret lokalt, blev ifølge Arne Rolighed en væsentlig inspirationskilde, da han senere som minister indførte Kræftgarantien.

"Vi indførte en slags 3-måneders garanti. Vi opfandt et begreb, der hed "Dagny Bystrup". Hvis der var patienter i Århus Amt, der ikke var tilbudt behandling indenfor tre måneder, så kunne man ringe til Dagny Bystrup, der var vores patientvejlederkontor. Hun havde fået 20-30 millioner kroner til at hjælpe patienter derhen i ind- og udland, hvor de kunne få behandlingen.... Oven i købet med et håndfast tilbud: kan man ikke levere varen ude på sygehuset, så kan man ringe til Dagny, og så vil Dagny finde et eller andet sted i ind- eller udland med de 30 millioner hun havde fået. Slog det ikke til fik hun flere."

(Rolighed, 2007)

Den udbredte holdning var dog fortsat, at prioritering mellem sygdomme og ventetider for behandling heraf suverænt skulle være et lægeligt anliggende og ikke genstand for politisk eller administrativ prioritering (Gøtrik, 2007).

Kognitivt, var ventelister i manges optik en naturlig konsekvens af en legitim, stram rammestyring og egentlig relativ uproblematisk. Den økonomiske prioritering var vigtigst, og patienterne "tilhørte de enkelte amter", hvilket også fremgår af interviewet med Arne Rolighed.

"Vi var på røven alle sammen i sygehusvæsenet i 1980'erne, hvor vi blev reguleret af knaldhård udbudsstyring og overhovedet ingen efterspørgselsstyring. Vi lyttede ikke en kæft til patienterne i 1980'erne. Vi var dybest set ligeglade."

(Rolighed, 2007)

Sammenfatning af tiden før 1993

Ventetider blev i tiden op til 1993 nærmest anset for naturlige og uproblematisk, ligesom patientrettigheder og patienttilfredshed stort set ikke var eksisterende temaer i datidens politiske overvejelser omkring sundhedsplanlægningen. Patienter, der kom ind akut, blev behandlet, mens man på det planlagte område prioriterede systemet før patienten.

Det frie sygehusvalg 1993

Den 1. januar 1993 indførtes frit sygehusvalg på tværs af amtsgrænser. Loven blev indført på baggrund af stor forskel i ventetiden på behandling på de enkelte sygehuse. Den var dog også ikklædt KV-regeringens ideologiske kappe i form af individualiseringsindtog i den offentlige forvaltning. Således åbnede Poul Schlüter i 1992 folketinget med en udtalelse om, at det skulle være slut med offentligt formynderi og bebudede frit skolevalg på tværs af kommunegrænser. Forslaget anså han for at være et led i en mere omfattende frihedsreform, der blev indledt med frit sygehusvalg (Berlingske Tidende, 1992).

Tanken om et mere fleksibelt sundhedsvæsen blev dog allerede fremført i 1991 af den daværende formand for lægeforeningen Jens Kristian Gøtrik, som sagde: *"Som det er i dag, tager sygehusvæsenet primært hensyn til politikerne og de ansatte – og ikke til patienterne. ... Det burde være sådan, at patienterne selv kunne bestemme, hvor de ville indlægges. Og pengene skulle følge patienterne"* (Fleischer & Tolderlund, 1991).

Institutionel analyse

Med politikere som væsentligste entreprenører ændrede loven om frit sygehusvalg den regulative ramme for sundhedsplanlægning i Danmark. Evolutionært, og baseret på bricolage, blev de tidligere så stramme amtslige bindinger løsnet op, og borgerne fik retslig hjemmel til selv, på tværs af amtsskel, at vælge, hvilket offentligt sygehus man ønskede at blive behandlet på i forhold til udvalgte planlagte operationer. Samtidig blev der indført en fast dagstakst til udligning af udgifter mellem amterne på 2000 kroner pr. sengedag (1993-prisniveau), samt takster for en række særydelser (Sundhedsministeriet, 2001), hvorved begrebet "pengene følger patienten" blev introduceret. Substantielt fik ordningen dog kun ringe gennemslagskraft, da det i de følgende år viste sig, at der kun var relativt få patienter, som gjorde brug af ordningen. Med loven fulgte også en ordning om primærkommunal betaling for færdigbehandlede patienter, som ventede på plejehjemsplads under indlæggelse på hospital. Endvidere blev der skabt lovmæssig hjemmel til at samle mindre specialer i større enheder med henblik på at fastholde og udbygge faglige kompetencer.

Et samtidigt forslag fra den socialdemokratiske opposition om, at indføre en maksimal ventetid på behandling på tre måneder for alle sygdomme i lighed med en model, som man tidligere havde anvendt i Århus Amt ("Dagny Bystrup"-modellen) blev

ivrigt debatteret men nedstemt i umiddelbar forlængelse af behandling af lovforslag til frit sygehusvalg.

På det normative plan anses nedbrydningen af amtsgrænser og indførelsen af det frie sygehusvalg for en hensigtsmæssig måde at øge systemets fleksibilitet og mulighed for styring på (Dybkjær, 1992). Der blev dog allerede på det tidspunkt sat spørgsmålstegn ved, om den offentlige sektor på trods af nedbrydning af amtsgrænser for sundhedssektorens vedkommende ville være i stand til at reducere ventetiderne til maksimalt tre måneder uden hjælp fra den private sektor. Under debatten om forslag til indførelse af maksimal ventetid blev det således fra Fremskridtspartiets side foreslået, at midlerne burde kunne følge patienten over i den private sektor i de tilfælde, hvor behandling inden for en fastsat periode ikke var mulig i det offentlige system (Christensen K. , 1992).

De antagelser, der i et kognitivt perspektiv lå til grund for indførelsen af det frie sygehusvalg, var at den begrænsede markedsgørelse ville reducere ventetiden i det danske sundhedsvæsen. Det blev taget for givet, at øgede valgmuligheder ville føre til kortere ventetid. *"Det vil selvfølgelig også hjælpe på ventetiden"* (Winther, 1992) og *"Vi tror, at det også bliver til gavn for ventelisteproblematikken"* (Holmberg, 1992). Samtidig antog man, at ordningen ville kunne imødekomme individuelle behov og sætte patienten i centrum, idet friere sygehusvalg *"giver patienterne en bedre mulighed for at få opfyldt deres egne behov og ønsker"* (Lindbo Larsen, 1992).

Den daværende borgerlige regering fandt, at indførelsen af en generel ventetidsgaranti ville føre til unødigt bureaukrati. I stedet skulle den handlingsplan, som var inkluderet i lovgivningen sammen med den øgede mulighed for frit at vælge mellem hospitaler medvirke til at dæmme op for de stigende ventetider. Fritvalgstankens iboende antagelse om, at markedet regulerer sig selv, stod som argument for, at en sådan ordning ville være en langt mere robust og holdbar opdæmning for de stigende ventetider.

"....Regeringens handlingsplan lægger op til en varig løsning af de ventetidsproblemer, der findes i dag. Handlingsplanen er væsentlig mere målrettet og anviser en mere effektiv løsning af problemerne end dette beslutningsforslag om garanti for en maksimal ventetid på tre måneder."

(Winther, 1992)

Folketingsdebattens polyfone udtryk

De dominerende koder i 1992-debatten kredsede væsentligst omkring intimitetens logik sammen med det politiske og det økonomiske systems. Sundhedssystemets kode var kun sporadisk repræsenteret. Det var således disse logikker, der på daværende tidspunkt udgjorde delmængden af behandlingsgarantiens (det frie sygehusvalgs) polyfone organisation.

At sætte patienten i centrum blev et væsentligt tema i folketingsdebatten forud for 1993 loven, med en semantik, der i intimitetens/kærlighedens koder primært kredsede om hensynet til den enkelte borger. Der udtrykkes herigennem omsorg for patienten og etableres en inderliggørelse af forholdet mellem samfund og individ, hvilket bl.a. kom til udtryk som en bekymring for og en konstatering af, at *"ventetider medfører store menneskelige og sociale omkostninger for patienterne"* (Larsen, 1992). Det blev endvidere anset for urimeligt, at patienter skulle vente på operative indgreb, som efterfølgende ville kunne hjælpe på livskvaliteten. Vægten blev lagt på at sikre, at patienterne fik opfyldt egne behov og ønsker. *".... det friere sygehusvalg... har været et...ønske gennem mange år, og vi er tilfredse med, at vi herved giver patienterne en bedre mulighed for at få opfyldt deres egne ønsker og behov"* (Højte Jensen, 1992). Omsorg for patienterne kædes således sammen med det friere valg til at blive behandlet på et hospital uden for amtskommunen.

Semantisk drejer termen "patienten i centrum" fokus i retning af en individualisering, hvor masse mennesket ikke længere eksisterer. Argumentationen får en fremtrædende plads som berettigelse til at indføre et friere sygehusvalg og i diskussionen om indførelse af maksimale ventetider. Blikket flytter således opmærksomheden fra mennesket i almenhed over til det enkelte, konkrete individ. Det frie valg og indførelse af maksimal ventetid bliver på den måde en metafor for omsorg for det individuelle menneske, og hvor der gennem individualitetens almengørelse skabes et legitimt grundlag for at indføre en maksimal ventetid og et friere sygehusvalg.

Et andet centralt tema i debatten i 1992 er planlægning og samarbejde. Temaet cirkulerer i en politisk/administrativ semantik omkring koden styrer/styret. Sundhedsplaner ses som et styringsteknologisk redskab, der skal sikre og fremme samarbejdet imellem parterne. Udarbejdelsen af sammenhængende sundhedsplaner italesættes således som et fælles anliggende mellem amter, kommuner og hospitaler med det formål at binde sundhedsvæsenet sammen til en helhed. Det fælles anliggende – sammenhængende sundhedsplaner bliver tematiseret og gjort til genstand for politisk kamp. Gennem fælles initiativer bliver målet at sikre en bedre ressourceudnyt-

telse og fremme forebyggelse. Herigennem bliver sundhedsplanerne gjort til genstand for den tolkning, at ventetiderne kan forkortes betydeligt i kraft af større sammenhæng i den tværsektorielle sundhedsmæssige indsats, med decentral implementering. Styringen initieres af staten, men skal endnu fortolkes og implementeres decentralt.

Med det økonomiske ræsonnements logik skal det friere valg tjene som konkurrenceparameter, idet behandling, i kraft af udligningsordningen, gøres til en vare, hvilket medvirker til at understøtte markedsgørelsesargumentationen inden for et New Public Management-koncept. Behandlingen er dog ikke mere vare, end at akutte behandlinger ikke er underkastet det økonomiske rationale. Det sker først med indførslen af DRG i 2000. Der argumenteres for samling af specialer ud fra en effektivitets tankegang og ud fra den antagelse, at større og mere specialiserede enheder giver bedre økonomisk drift. Tanken om bredt at anvende privathospitaler som en del af det offentligt finansierede udbud indgår endnu ikke som et alternativ til det offentlige sygehusvæsen i den dominerende kommunikation, om end muligheden for at tilbyde borgerne at få offentlige midler ført med over til private hospitaler både i ind- og udland nævnes i debatten.

Færdigbehandlede patienter bliver i diskussionen om friere valg genstandsgjorte som en vare, der kan handles med. Som en konsekvens deraf indføres økonomiske sanktioner overfor kommuner, der ikke hjemtager patienter umiddelbart efter endt behandling med den intention at øge produktiviteten.

En generel garanti for maksimale ventetider på behandling forsøges italesat som en mulighed for at effektivisere driften i hospitalssektoren. En sådan garanti bliver imidlertid i sin spæde fremtræden afmonteret med argumenter om, at indførelse af egentlig ventelistegarantier vil medføre øget bureaukratisering og forhindre fornuftige prioriteringer, idet nogle sygdomme godt kan vente længere end de foreslåede tre måneder. En behandlingsgaranti vil medføre *"for det første øget bureaukrati...for det andet forhindre fornuftige prioriteringer inden for sygehusvæsenet; fx behøver åreknuder, stritører og hæmoroider ikke nødvendigvis at blive behandlet lige nøjagtig inden for tre måneder"* (Winther, 1992). Der argumenteres tillige for, at en ensidig fokusering på kirurgiske indgreb vil medføre nedprioriteringer af medicinske og psykiatriske behandlinger.

Det blev således anset for usandsynligt, at en behandlingsgaranti skulle medføre offentlige besparelser, og at de øgede udgifter, som administrationen af en sådan ga-

ranti ville medføre, langt hellere skulle bruges direkte til bedre behandling. Løsningen er i regeringens optik i stedet at fjerne skotterne mellem de offentlige kasser og gennem en handleplan at aftale den udgiftsmæssige fordeling parterne i mellem. Hvor argumentationen om friere valg har en udnyttelse af markeds kræfterne mellem forskellige offentlige sygehuse som basis, er svaret på ventetidsproblematikken indførelse af ny teknologi og indførelse af moderne styringssystemer.

Kommunikation indenfor sundhedssystemets kode er kun til stede i begrænset grad i folketingsdebatten. Her samler opmærksomheden sig om behandling af livstruende sygdomme. Der argumenteres ud fra en videnskabelig logik om væsentligheden af, at en patient med fx en kræftsygdom sættes i behandling inden for få dage.

"men en lang ventetid er en forfærdelig situation for kræft- og hjertepatienter og for andre patienter med livstruende sygdomme. Derfor er det selvfølgelig meget vigtigt, at livstruende sygdomme bliver behandlet betydelig hurtigere end de mere banale sygdomme ... det kan sagtens lade sig gøre i dag at give en garanti for, at alle nyopdagede kræftpatienter kan komme under hurtig behandling fx inden for få dage".

(Winther, 1992)

Argumentationen former sig som modargument til indførelsen af en ventelistegaranti, men sår et tema i kommunikationen, der senere bliver uhyre centralt og som siden manifesteres i bestemmelser om centralt fastsatte maksimale ventetider til behandling af patienter, der lider af livstruende sygdomme (kræftgarantien).

Sammenfatning 1993

Med 1993-loven optræder behandlingsgarantien, manifesteret som frit sygehusvalg, for første gang som en kobling mellem forskellige logikker, der hver især er med til at konstituere opfattelsen af begrebet behandlingsgaranti. Ikke i ikklædning af en egentlig garanti for behandling eller knyttet til en specifik maksimal ventetid, men i form af en lov, som har til hensigt at sikre borgeren en større valgfrihed mellem offentlige hospitaler på tværs af amtsgrænser og tilvejebringe et fælles grundlag for tilrettelæggelsen af de tilbud, som sundhedsvæsenet stiller til rådighed for den enkelte.

Temaerne frit valg og ventetidsproblematikken kædes i intimitetssystemet sammen med individualitet, hvor borgeren gennem friere valg kan få imødekommet individuelle behov og ønsker. Ventetid ansues ud fra en betragtning om, at en sådan medfører store menneskelige og sociale omkostninger og forringelse i livskvalitet.

Kommunikationen omkring menneskelige og sociale omkostninger som argumentation for indførelse af maksimal ventetid demonteres i det politiske/administrative systems kode og imødegås af en argumentation om indførelse af et styringsteknologisk redskab i form af fælles udarbejdede sundhedsplaner på tværs af de kommunale grænser som løsning på ventelisteproblematikken og administrationen af friere valg. I samme kode indgår friere valg i en fleksibilitetstankegang, der forudser en nedbrydning af amtsgrænser.

Det økonomiske system pirres af en politisk argumentation om at inddrage styringsteknologiske redskaber som del af løsningen på ventelisteproblematikken. Systemet ser sundhedsplaner som midlet til at opnå øget produktivitet og effektivitet. Det friere valg ses som en mulighed for at udnytte markedskræfterne i bestræbelserne på at opnå en mere økonomisk rationel produktion. Fleksibilitet i form af markedsgørelse italesættes som middel til effektivisering i sektoren.

Sundhedssystemet er i denne fase kun svagt koblet til problematikken, men aktiveres gennem omsorg for patienter, der venter på behandling. Det gør livstruende sygdomme til omdrejningspunkt i en argumentation om, at bestemte typer af patienter bør under behandling inden for få dage. Argumentet mod maksimale ventetider er, at det vil medføre bureaukratisering og hæmme fornuftige faglige prioriteringer. Hermed demonteres en indførelse af generel ventetidsgaranti som beslutningsmulighed. Prioriteringer mellem alvorlige og banale sygdomme italesættes, hvormed ideen om fastsættelse af generelle ventetidsbestemmelser ud fra en faglig vurdering fødes.

Patienten individualiseres på én og samme gang i frit valg og genstandgøres i form af en prissat vare, der kan handles mellem hospitaler, amter og kommuner. Hermed subjekt- og tingsliggøres patienten på en og samme tid, afhængig af hvilke briller der ser. Privatisering fødes som ide i form af, at patienten kan tage offentlige penge med over i den private sektor. En udvidelse af princippet om, at "pengene følger patienterne" til at omfatte de private udbydere, antages ikke at betyde en flugt fra det offentlige, såfremt man her kan tilfredsstille borgerne behov.

Den nyvundne rettighed for borgeren understøttes dog ikke af patientinformation eller en bæredygtig økonomisk udligningsmodel.

I denne fase synes den faglige og økonomisk logik at blive overskygget af en administrativ logik. Lægefaglige vurderinger og markedsgørelse domineres af en politisk/administrativ løsning i form af sundhedsplaner, hvori både lægefaglige

vurderinger og begrænset frit valg indgår. Sideløbende lever en patientbaseret logik, i hvilken individets behov kan tilgodeses gennem frit valg, og det at pengene følger patienten. Begge faktorer indgår også i en økonomisk logik i forhold til rationel produktion og fleksibilitet.

Kræftgarantien 1999/2001

Den reelle trafik af patientbehandling over amtsgrænserne forblev minimal trods det frie sygehusvalg. Benyttelsesgraden var således helt nede på ca. to pct i midten af 90'erne blandt fritvalgspatienter (Vrangbæk, 1999) og kun svagt stigende til seks pct i 1999 (Sundhedsministeriet, 2001). Begrundelser kunne bl.a. findes i, at de opstillede takster ikke afspejlede de reelle omkostninger, hvilket begrænsede sygehusenes incitament til at modtage patienter (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2003). De praktiserende læger oplevede, at søgeomkostningerne var for høje og ikke honorerede, ligesom informationer om kvalitet, service, tilbud og adgang var vanskeligt tilgængelige (Herbild, Keiding, Kjellberg, & Søgaard, 2003).

Den 1. januar 2000 blev DRG-systemet (Diagnose Relaterede Grupper) indført, ikke bare ved planlagte, men også ved akutte behandlinger. DRG-systemet klassificerer de enkelte lidelser og deres behandling og opstiller en takst pr. diagnosetype. Det skal dermed tjene *"til afregning af mellemregionale patienter på basisniveau, opgørelse af den kommunale medfinansiering, udmøntning af den statslige pulje i forbindelse med takstfinansiering - og som redskab til at analysere omkostninger og aktivitet på landets sygehuse"* (Sundhedsstyrelsen, 2007). DRG opstiller derved en økonomimodel, hvor betalingen i højere grad svarer til omkostningerne, og forstærker derfor princippet om, at "pengene følger patienten". Et supplerende formål med introduktionen af DRG systemet var et politisk ønske om at få mulighed for at foretage sammenligninger af sygehusenes produktivitet (Sundhedsministeriet, 2001).

Som svar på de stigende ventelister forsøgte den daværende socialdemokratisk ledede regering (Nyrup-regeringerne) med forskellige handlingsplaner at knække kurverne for ventetid, først på det psykiatriske område og siden på det kirurgiske, hvad angår knæ- og hofteoperationer. Men, på kræftområdet havde der frem til nu været en mere fatalistisk holdning:

"Vi har haft en defaitistisk holdning til kræft i Danmark. Hvis man går 20-30 år tilbage, så sagde man, hvis man ikke lige kan operere og fjerne en svulst, så var det noget, man døde af. Strålebehandling var lige ved at forsvinde ud af behandlingsmulighederne en overgang, fordi man stort set havde opgivet det".

(Gøtrik, 2007)

Denne holdning havde nu ændret sig, og alvorlige sygdomme fik politisk fokus, hvor der blev arbejdet på at indføre en egentlig behandlingsgaranti for de mest alvorlige sygdomme.

Institutionel analyse

I 1999 blev sygehusloven således ændret, hvorved Sundhedsstyrelsen regulativt blev bemyndiget til at fastsætte maksimale ventetider for visse livstruende sygdomme. Kunne hospitalerne ikke overholde de givne frister, skulle patienterne henvises til private eller udenlandske aftalesygehuse enten fra det amtslige system, eller, hvis dette ikke kunne lade sig gøre, med bistand fra Sundhedsstyrelsen. I tilfælde, hvor disse aftalesygehuse ikke kunne tilbyde rettidig behandling, havde patienten bemyndigelse til selv at finde et behandlingssted, som så skulle betales af det offentlige system. Som en udløber af loven blev der etableret en forsikringsordning i forhold til eventuelle fejlbehandlinger udført i privat regi. For første gang indsættes der ved lov bestemmelser om fastsættelse af maksimale ventetider samtidig med, at der bliver åbnet for, at offentlige penge kan vandre over i den private/udenlandske sektor. Vi ser altså et afbrudt institutionelt mønster, hvor beslutningen om, hvorvidt patienter skal tilbydes behandling skifter fra et fagligt til et politisk, administrativt domæne, og hvor ventetider bringes ind som væsentligt kriterium.

Som udtryk for oversættelse og tvangsmæssig isomorfi indfører Sundhedsminister Arne Rolighed i 2001 med en bekendtgørelse den såkaldte kræftgaranti¹. Kræftgarantien fulgte regelsættet fra 1999, men flyttede ansvaret for fastsættelse af tidsfristen fra Sundhedsstyrelsen til ministeren.

Fra en normativ tilgang trækkes det frem, at det er det offentlige, som skal varetage visitationen af de alvorligt syge patienter, og at det fortsat skal være et fælles tvær-amtsligt ansvar at sikre rettidig behandling af patienterne. Det private tilbud står som sekundært i tilfælde, hvor det offentlige ikke kan overholde de udstukne ventetider. Karsten Koch udtaler som minister i 1999, at *"OK, så kan man altså have denne her lille dims ude i enden, der hedder privat behandling"* (Koch, 1998).

Som styringsredskab og økonomisk incitament anbefales det at fastsætte takster, der dels skal gøre det muligt at forbygge kassetænkning mellem amter og i forhold til de private, dels skal gøre det muligt at lade pengene følge patienten over i det private system (Videbæk, 1998). Denne tanke finder sin regulative form i et intermezzo ved en mellemliggende revision af Sygehusloven pr 1.1.2000, hvor DRG fastsættes som takststyringsredskab.

Udmelding af ventetider skal begrundes i faglige argumenter, men i oppositionen fremhæves det, at politisk kontrol med fastsættelse af ventetiderne er nødvendigt,

¹ Bekendtgørelse om behandling af livstruende kræftsygdomme m.v., nr. 743 af 22. august 2001

altså at styringen skal ligge hos ministeren (Benke, 1998), hvilket dog afvises af Sundhedsministeren selv (Koch, 1998), for derefter at blive gennemført i 2001 af en efterfølgende Sundhedsminister, Arne Rolighed.

Fokus bør bl.a. lægges på den nødvendige behandlingskapacitet, der på den ene side sikrer, at ventetider overholdes, og på den anden side sørger for, at også ikke livstruende sygdomme prioriteres. En måde at opfylde dette mål på er fremme af uddannelse og rekruttering (Aaen, 1998), samt at etablere et evalueringscenter, som får til opgave at sikre kvalitet og dialogen mellem amterne (Koch, 1998).

Fra et kognitivt perspektiv anses alvorligt syge at have et berettiget krav på hurtig behandling, og indsatsen overfor livstruende sygdom som en kerneydelse for sygehusene. En behandlingsgaranti vil i denne sammenhæng styrke patienternes fundamentale rettigheder på sundhedsområdet, og det er i denne sammenhæng ligegyldigt, om behandlingen sker i offentlig eller privat regi (Refshauge, 1998) (Koch, 1998).

".. man skal ikke skæve til, hvem der udfører en opgave, men blot sikre sig, at den bliver udført under forsvarlige forhold".
(Kjær, 1998)

En behandlingsgaranti antages i én optik at ville medføre, at kapacitet flyttes fra det offentlige til det private regi. I en anden optik at det kun vil være sjældent, at det private vil byde ind på tilbud om kræftbehandling.

"Vi er også imod, at lovforslaget giver mulighed for, at man kan blive behandlet på private sygehuse, hvis amtet ikke kan leve op til ventetidsgarantien. For det, der sker, hvis den mulighed bliver benyttet, er jo igen, at den begrænsede kapacitet bliver flyttet fra de offentlige behandlingsmuligheder til den private behandling".
(Jespersen, 1998)

"Der er nogle, der i debatten har kaldt det her lovforslag et gennembrud for de private hospitaler. Jeg synes, det er at være lige optimistisk nok på de private hospitalers vegne. Jeg har i hvert fald forventninger om, at amterne vil løse denne opgave i videst muligt omfang, og jeg har tiltro til, at det offentlige sundhedsvæsen fortsat vil være rygraden i den danske sundhedssektor".

(Helveg Petersen, 1998)

Det antages i øvrigt, at en garanti for enkelte sygdomme reducerer fokus på andre mindre alvorlige lidelser og medfører, at ressourcer flyttes til bestemte områder (Jespersen, 1998).

Folketingsdebattens polyfone udtryk

Under folketingsdebatten i 1999 blev begrebet behandlingsgaranti først og fremmest italesat igennem intimitetens og det politiske systems koder, men også i et vist omfang gennem en juridisk semantik. Det økonomiske og sundhedsfaglige rationale har derimod kun begrænset plads i debatten.

Behandlingsgarantien italesættes i folketingsdebatten som et redskab til at skabe tryghed for patienten. Også i denne fase er intimitetens kode altså fremherskende. *"Behandlingsgarantien vil fjerne lidt af usikkerheden og angsten blandt patienter, der har eller frygter at have en alvorlig sygdom" (Meldgaard, 1998).* Garantien skal således fjerne den angst, der forringer patientens fysiske tilstand og livskvalitet. Et liv uden behandlingsgarantier beskrives på følgende måde: *"man er usikker på situationen, ked af det og bange for fremtiden. Dette kombineret med, at man også har svære smerter, gør, at livet bliver ekstra hårdt. Men hvis man heller ikke kan være sikker på, hvornår man kan blive behandlet for sin livstruende sygdom, bliver ens tilstand ringere" og "behandlingsgarantien giver patienterne et problem mindre at tænke over" (Kjær, 1998).* I debatten udtrykkes endvidere bekymring og generel omsorg for den gruppe af patienter, der falder uden for behandlingsgarantiens regulative felt, og som risikerer at få sin behandling nedprioriteret i forhold til de sygdomme, som er indeholdt i garantien. *"...endvidere må vi sikre, at denne ventetidsgaranti, som gælder visse livstruende sygdomme, ikke kommer til at stå i vejen for hurtig behandling af andre alvorlige og/eller livstruende sygdomme, som blot ikke er med på listen" (Videbæk, 1998).*

Også temaet om anvendelse af privathospitaler indgår i intimitetens kode. Det anføres således, at en afvisning af at lade patienter blive undersøgt og behandlet på private hospitaler direkte må anses for uansvarligt overfor patienterne. Hensynet til patientens interesser må gå forrest *"... hensynet til patientens overlevelsesmuligheder er vigtigst, hvorfor en afvisning af behandling på privathospital i disse tilfælde vil være uansvarligt" (Meldgaard, 1998).*

Begrebet privathospital er også for alvor ved at manifestere sig i den politisk/administrative kommunikation. Debatten kredser her om privathospitalernes rolle i forbindelse med opfyldelsen af en evt. behandlingsgaranti. Anvendelsen af

privathospitaler kædes sammen med de styrende principper om og iboende opfattelse af, at det danske sundhedsvæsen, som et primært offentligt ejet system, udgør en hjørnesten i den danske velfærdsstat.

Muligheden for at anvende privathospitaler og muligheden for at henvise til såvel offentlige som private hospitaler i udlandet tolkes imidlertid forskellig indenfor den politiske kode. På den ene side anses en løsning, hvor patienter må henvises til privathospital, som en sjælden foranstaltning, der ikke ændrer sundhedssystemets primære offentlige karakter *"at amterne undtagelsesvis bliver nødt til at henvise patienter til visitering via Sundhedsstyrelsen til behandling på evt. privathospital eller i udlandet...flytter ikke nogle ideologiske hegnsplæer...de private sygehuses betydning i det danske sundhedsvæsen er ikke hermed styrket"* (Meldgaard, 1998). Inden for denne forståelse opfattes privat hospitaler som en ventil, som Sundhedsstyrelsen kan anvende, hvis amterne ikke selv er i stand til at finde behandlingstilbud *"...ser spørgelser ved højlys dag, hvis de tror, at vi nu begynder at få sådan en eller anden form for folkevandring over i selvvalgte privatsygehuse"* (Koch, 1998).

En anden retning ser imidlertid de nye muligheder som et brud på de offentlige hospitalers monopol *"Det er vigtigt for os, at der gøres op med princippet om, at al sygdomsbehandling skal foregå i offentligt regi. Det, at der nu er mulighed for at benytte private klinikker og hospitaler, er jo banebrydende"* (Kjær, 1998). Selve bruddet med det offentliges monopol italesættes imidlertid også med en underliggende negativ forståelse som *"i det øjeblik man laver kattelemmen med privatisering, er man med til at lave en glidning,...kan bringe os langt væk fra de principper, vi i dag har i det danske sundhedssystem"* (Aaen, 1998).

I kommunikationen omkring behandlingsgarantien subjektgøres den alvorligt syge patient i juridisk forstand. Patienter med livstruende sygdomme udstyres således med særlige rettigheder til at blive undersøgt og behandlet inden for bestemte tidsfrister. Under debatten udtrykkes der støtte til *"..ethvert tiltag.....som går i retning af forbedringer af patienternes fundamentale rettigheder....ved, at de får ret til undersøgelse og behandling af livstruende sygdomme inden for rimelige tidsfrister.."* (Refshauge, 1998).

Også privathospitaler italesættes i den retslige kode og legaliseres som en del af det offentligt finansierede sundhedsvæsen, som også omfatter retten til at anvende privathospitaler subsidieret af det offentlige sundhedsvæsen, såfremt patientens behandlingsbehov ikke kan imødekommes inden for en bestemt frist i det offentlige

system "som noget vigtigt nyt gives det offentlige en direkte pligt til at henvise og betale for behandling på privat sygehus, såfremt det offentlige ikke selv inden for en af Sundhedsstyrelsen nærmere frist kan behandle patienten" (Kongsted, 1998).

Det økonomiske systems koder finder kun i begrænset omfang anvendelse i debatten, hvor behandlingsgarantien bliver opfattet som en anstødssten til nedprioritering af sygdoms- og operationstyper, der ikke er omfattet af garantien, såfremt der ikke sker en ressourcetilførsel. Behovet for tilførsel af ressourcer til uddannelse og videreuddannelse af personale i sundhedssystemet italesættes som en nødvendighed, hvis man ønsker at opretholde eller øge kapaciteten.

Også sundhedssystemets koder er kun i meget begrænset omfang tilstede i denne debat om behandlingsgarantier, hvor kodens semantiske form alene manifesterer sig i forhold til Sundhedsstyrelsen som leverandør af lægefaglig ekspertise og vurdering som grundlag for udformning af acceptable ventetider "(mht. ventetider) bør vi henholde os til, hvad der lægefagligt udmeldes, og så er det det som Folketinget retter sig efter" (Koch, 1998).

Sammenfatning

Med 1999-loven ændrer behandlingsgarantien sin regulative fremtoning, idet behandlingsgaranti som begreb og strukturel kobling nu skal ses i betydningen maksimal ventetid for udvalgte livstruende sygdomme med mulighed for anvendelse af private hospitaler.

Den strukturelle koblings nye form betyder, at systemerne breder sig og griber ind i hinanden. Hensynet til individet og sundhedssystemets vurdering af sygdommens livstruende karakter og det økonomiske systems respons i anvendelse af midler i den private sektor interpreterer og skaber ny kommunikation.

Behandlingsgarantien italesættes i en omsorgskode i betydningen, at den skal give patienten tryghed, men irriterer samtidig det politiske system ved at udtrykke den holdning, at det er mindre væsentligt, om behandlingen foregår i offentligt eller privat regi. Dette forstærkes yderligere af den juridiske semantik, der bl.a. indeholder patienternes ret til undersøgelse og behandling af livstruende sygdomme inden for en bestemt tidsfrist og pligten til at henvise til behandling på privat hospital, såfremt det offentlige system ikke kan imødekomme behandling inden for tidsfristen.

Behandlingsgarantiens implicite iboende element, privathospitaler, søges i magtmediets optik på den ene side udlagt som en diminutiv implikation, der ikke vil æn-

dre ved sundhedssystemets primære offentlige karakter og på den anden side som banebrydende i forhold til brud med det offentliges monopol på sundhedsydelser. Patientens rette behandling sættes i centrum, hvorved skellet mellem offentlig/privat sættes under pres.

Dermed åbner det administrative system for en uforudsigelighed og griber ind i det økonomiske system, som hermed påføres utilsigtet risiko.

I en økonomisk sammenhæng bliver behandlingsgarantien, om end i en begrænset udstrækning, kædet sammen med mangel på personale. At lade pengene følge patienten, uafhængigt af om det var til en offentlig eller privat institution, blev af mange anset for en normativt hensigtsmæssig måde at regulere aktiviteten på, og det økonomiske system generer her det politiske ved ministerens forsøg på at bagatellisere et betydende paradigmeskifte i form af en tiltagende privatiserings takt.

Kommunikation i sundhedssystemets kode er fortsat til stede men svag, og har kun indflydelse i forhold til fastsættelse af maksimale ventetider, hvor det fremhæves, at disse skal fastsættes på baggrund af en lægefaglig vurdering.

I denne fase opstår der en kløft mellem den politisk vedtagne behandlingsgaranti, der giver ret til behandling indenfor en given tidsfrist, og muligheden for at opfylde den under omstændigheder med knappe personaleressourcer. Desuden får Sundhedsstyrelsen, der iht. loven skal fastsætte maksimale ventetider til behandling, sat sin lægefaglige kompetence under voldsomt pres, i det Sundhedsministeren (Arne Rolighed) på baggrund af loven i perioden indfører en let kommunikerbar behandlingsgaranti. Garantien er ikke funderet i et lægefagligt rationale, men derimod i en politisk/administrativ logik.

Det udvidede frie sygehusvalg (2 måneders garantien) 2002

Debatten om ventelister var fremtrædende i folketingsvalgkampen 2001. I overensstemmelse med det, der senere kom til at udmønte sig i kontraktpolitikken lovede Fogh på andendagen i valgkampen 1,5 milliarder kroner til nedbringelse af ventelister i kombination med et reelt frit valg af sygehuse allerede fra første dag (Børsting, 2001). Definitionen af det frie valg blev dog senere modificeret af de konservatives formand Bendt Bendtsen: *"Jeg mener ikke, at man fra dag ét skal have mulighed for at rejse til udlandet eller tage på privat hospital. Vi skal ikke flytte penge ud af væsenet, så lang tid det offentlige kan overholde behandlingsgarantierne"*. Og sådan blev det, da Venstre og de Konservative efter valget kunne danne regering. Det frie sygehusvalg blev udvidet til at gælde praktisk talt alle typer sygdomme, men muligheden for at vælge et privat hospital var først til stede, hvis behandlingen ikke kunne tilbydes i offentligt regi indenfor en to måneders periode.

De 1,5 mia til nedbringelse af ventetiden, populært kaldet Løkkeposen, blev knyttet til et statsligt krav om øget aktivitet, hvor det enkelte amt skulle præstere en vis meraktivitet, før der kunne trækkes på puljen. Tidligere blev målrettede statslige bevillinger på f.eks. kræft- og hjerteområdet ligeledes fulgt af en række krav, men disse var ikke, som tilfældet var med den statslige aktivitetspulje, kædet så direkte sammen med aktiviteten (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2005).

Institutionel analyse

Baseret på bricolage men altså forsat sporafhængigt, åbnede loven om det udvidede frie sygehusvalg i en regulativ sammenhæng for muligheden for frit valg af privat sygehus ved flere lidelser end tidligere, i form af en såkaldt ventetidsgaranti. Aftalen betød, at patienter, som havde ventet mere end to måneder på behandling, kunne vælge et privat eller udenlandsk aftalehospital betalt af hjemamtet. Det udvidede frie sygehusvalg adskiller sig herved fra Kræftgarantien på to områder. Patienten har ikke bemyndigelse til selv at finde et hospital, hvis ikke der findes et privat aftalehospital. På den anden side omfatter den udvidede frit valgs ordning ikke alene livstruende sygdomme, men også andre ikke-livstruende sygdomme. Efter reglerne fik privathospitaler ret, men ikke pligt til at indgå aftale med det offentlige, ligesom der ingen uddannelses- og forskningsmæssig forpligtigelse blev knyttet til den private sundhedssektor.

I normativ sammenhæng omkapsles behandlingsgarantien af en økonomisk tilførsel på 1,5 mia. kr. bundet til en incitamentsstruktur. At honorere aktivitet via DRG af-

regning anses af de fleste for en hensigtsmæssig måde at styre de sundhedsmæssige aktiviteter mellem amterne og mellem privat og offentlig sygehusaktivitet på. Merbevillingen i sammenhæng med DRG afregning formodes at øge aktiviteten i sundhedsvæsenet.

"Sygehusene får nu tildelt 1,5 mia. kr. målrettet til at øge behandlingskapaciteten, og de tilføres vel at mærke efter en ny, og så vidt jeg ved uprøvet model, hvor man tildeler pengene til de enheder, der faktisk præsterer en meraktivitet. Det skulle meget gerne være et incitament til, at man i de enkelte amter og på de enkelte sygehuse gør sig umage for at sætte aktiviteten i vejret."

(Theill Sørensen, 2002)

Med indførelsen af en to-måneders ventetidsgaranti suppleret med muligheden for at tilvælge behandling på privathospital i tilfælde, hvor garantien ikke kan overholdes, forventes endvidere en øget fleksibilitet og produktivitet i systemet, som samlet øger muligheden for at nedbringe ventetiden.

"De private sygehuse er her indtænkt som yderligere incitament i forhold til det offentlige sundhedsvæsen, som overløbsventilen, som den mulighed, patienten får, hvis det offentlige sygehusvæsen ikke er i stand til at levere behandling til tiden".

(Løkke Rasmussen, 2002)

I et kognitivt perspektiv italesættes modsatrettede forventninger til, hvorvidt det udvidede frie sygehusvalg overhovedet vil reducere ventetider. Hos nogle antages ventetiderne nemlig at være udtryk for flaskehalse i sundhedsvæsenet, som en fritvalgsordning ikke hjælper på. De radikale udtrykker således stor bekymring for, at meraktivitetspuljen blot vil føre til lønglidning og stigende udgifter til overarbejdsbetaling forstærket af, at det frie valg vil sende det personale, der allerede er mangel på, over i den private sektor (Khader, 2002). Folketingsflertallet forholder sig dog ikke til denne bekymring, idet man regner med, at *"personalet går ind og tager noget overarbejde i forhold til den udvidede aktivitet, der vil blive"* (Skaarup, 2002), og at transporten over i den private sektor derfor begrænses. I regeringens optik er en øget privat sektor dog ikke noget problem. *"Hvis det offentlige ikke kan klare ventelisterne, så går vi ind og bruger de private sygehuse. Det synes vi er til gavn for patienterne, og det er dem, vi sætter i centrum"* (Skaarup, 2002).

Endvidere skønner flere i oppositionen, at øgede bevillinger til elektive operationer giver dårligere forhold for medicinske patienter.

"Selvom det af lovforslaget fremgår, at også de medicinske afdelinger kan få del i pengene, har jeg svært ved at se, hvordan det kan passes sammen med Sundhedsministerens ønske om kun at udbetale penge til de afdelinger, der kan dokumentere en produktivitetstigning. Hvordan måler man produktiviteten på en medicinsk afdeling? Er det på, hvor mange patienter man kan få igennem i løbet af en måned. Jeg kan blive bekymret over, at man på de medicinske afdelinger kun kan få del i økonomien, hvis man får ekspederet patienter ud hurtigst muligt".
(Bergenholtz Bautrup, 2002)

Folketingsdebatternes polyfone udtryk

I folketingsdebatten 2002 var økonomisystemets kode dominerende, om end man også finder de juridiske og politiske logikker rimeligt repræsentere. Derimod er intimitetsystemets semantik i forhold til tidligere debatter betydeligt mere sparsomt repræsenteret ligesom det sundhedsfaglige systems koder kun finder meget begrænset vej ind i debatten.

Kommunikationen i den økonomiske kode bevæger sig omkring en opbygning af en økonomisk incitamentsstruktur, der gennem øgede bevillinger til sundhedsvæsenet skal øge effektivitet og kvalitet samt fastholde og rekruttere personale for herigenem at nedbringe ventelisterne. Princippet bag det økonomiske incitament var, at ekstra økonomiske midler tilføres de hospitaler og afdelinger, som gennem aktivitetstigning behandler et øget antal patienter ud fra princippet, at pengene følger patienten. Den logisk, rationelle forventning af dette bliver, at ventetiderne reduceres: *"princippet med at de effektive afdelinger bliver belønnet, bliver nu effektueret. Der bliver kortere ventetider for patienterne...."* (Winther, 2002).

I den økonomiske modargumentation er indeholdt en risiko i forhold til incitamentsstrukturens indbyggede fokusering på produktivitetstigning, som gør, at fokus vil blive lagt på hurtige indtægtsgivende lavrisikoooperationer til fordel for svære risikofyldte indgreb som fx kræftkirurgi. Endelig stilles der også spørgsmålstejn ved incitamentsstrukturens reelle virkning på ventetid i forhold til, at øgede tilbud medfører øget patienttilgang: *"vi ved faktisk ikke, om ventelisterne forsvinder. Det kan være, at tilgangen af nye patienter bliver så stor, at det ikke får nogen indvirkning på ventetiden"* (Garsdal, 2002).

I en økonomisk semantik argumenteres også for, at bevillingen til meraktivitet og nedbringelse af ventelister sker som engangsbevilling ud fra det ræsonnement, at ventelister er en fast størrelse, som vil formindskes i takt med, at der gennemføres

flere behandlinger: *"vi vil koncentrere os om at gøre de syge mennesker raske én gang, og når de er raske, vil vi ikke behandle dem yderligere. Det betyder selvfølgelig også, at det pukkelpå problem, som ventelisterne i høj grad er udtryk for, altså kun skal fjernes én gang"* (Løkke Rasmussen, 2002).

Endelig kædes fastholdelse og rekruttering af personale til sundhedssektoren sammen med den økonomiske incitamentsstruktur, der i kraft af midler til sundhedssektoren sikrer honorering af eventuelt overarbejde. Alligevel bliver der også udtalt bekymring for, at personale på offentlige hospitaler på sigt søger over i den private hospitalssektor, når behandlingsgarantien, som følge af det offentliges manglende mulighed for at opfylde ventetidsgarantien, fører øget aktivitet over i den private sektor.

Et centralt tema i den juridiske kommunikation er retten til frit at vælge behandlingssted, hvis ventetiden på behandling overstiger to måneder. Endvidere italesættes patienternes rettigheder ved evt. fejlbehandling, hvis dette skulle ske på et privat hospital og ikke en offentlig dansk institution.

"...stor forskel på om man har samme rettigheder som patient, eller om man er omfattet af forsikringsordning....hvor man selv skal rejse kravet over for forsikringsselskabet og evt. føre sag ved domstolen. ... Vil patienterne være underlagt den samme ordning med patientklagenævn og patientforsikring.....som hvis de bliver behandlet på et offentligt sygehus?"

(Barfod, 2002)

Distinktionen mellem privat og offentlig forsikring forsøges nedtonet til en teknisk detalje om, hvorvidt det er Forsikringsankenævnet eller Patientklagenævnet, man skal henvende sig til, hvis der opstår uenigheder (Løkke Rasmussen, 2002).

Et andet punkt, der i den juridiske kode bliver kædet sammen med forsikringsspørgsmålet, er pligten til at uddanne personale. En pligt, der i debatten anbefales også at skulle omfatte private udbydere af sundhedsydelser: *"private sygehuse skal have en forpligtelse til at uddanne personale, de skal tage det endelige ansvar for behandlingen, også når der sker fejl"* (Garsdal, 2002). Behandlingsgarantiens mulige negative effekt bliver også berørt og identificeret som et øget pres på behandlingssystemet i kraft af en eksplicitering af den enkelte persons krav på behandling *"...når muligheden er der, så glider det i den anden ende, fordi befolkningen får et krav, et forventet krav om at blive behandlet selv for en mindre ting, end der skulle til tidligere"* (Garsdal, 2002).

I en administrativ/politisk kode ses behandlingsgarantiens iboende temaer at kredse omkring konsekvenserne af at indføre generelle bestemmelser for maksimal ventetid på behandling for bestemte patientgrupper samt problemer med rekruttering af personale og flytning af faggrænser.

I en politisk semantik anses en generel garanti, der gør det muligt for patienter at blive behandlet på privathospital eller i udlandet, på den ene side at have en positiv effekt på ventetidernes længde: *"der er betydeligt færre, der kommer til at vente, og de kommer til at vente i kortere tid"* (Løkke Rasmussen, 2002).

I denne fase anvendes også manglen på sundhedspersonale for alvor som tema. Behandlingsgarantien ses med sin indbyggede mulighed for brug af privat hospitaler i et styringsteknologisk perspektiv at have indlejret en risiko for, at privathospitalerne dræner det offentlige hospitalsvæsen for personale. Kommunikationen kredser om løsningsmodeller til, hvordan man styringsmæssigt skaber mulighed for at fastholde og rekruttere personale til sundhedssektoren. Et løsningsforslag går ud på at flytte faggrænser: *"der skal ikke herske tvivl om, at når Dansk Sygeplejeråd selv påpeger, at der er muligheder her, hvor sygeplejersker kan gå ind og overtage nogle af lægernes opgaver, og ligeledes at social- og sundhedshjælperne kan gå ind på sygeplejeopgaverne, jamen så kan der jo ske nogle ting her"* (Skaarup, 2002). Et andet løsningsforslag er udarbejdelse af en langsigtet strategi for sundhedsområdet som helhed som svar på medarbejderfastholdelse *"vi savner altså en langsigtet strategi for sygehusvæsenet og hele sundhedsområdet, en strategi, der indeholder nogle offensive tiltag vedrørende fastholdelse og rekruttering af personale og kritisk gennemgang af strukturen i sundhedsvæsenet og hele organiseringen af arbejdet..... hvordan medarbejderne selv kan være med til at organisere arbejdet"* (Barfod, 2002).

I denne folketingsdebat er intimitetssystemets koder kun til stede i mindre grad. Der udtrykkes omsorg for patienten gennem en fremstilling af, at ventetid på behandling er urimelig og medvirker til at nedsætte livskvaliteten for syge eller potentielt syge mennesker: *"at være syg, bange og hæmmet i sine daglige funktioner og samtidig måtte vente på at få en diagnose og en behandling er helt klart umenneskeligt"* (Barfod, 2002). Det er endvidere omsorgen for det enkelte syge menneske frem for hensynet til procedurer, som sundhedsministeren bruger som begrundelse for ikke at have indhentet høringsvar, før behandlingen af lovforslaget blev sat i værk:

"at sætte mennesket først, mennesket før systemet...der skal ske noget hurtigt på den front...det er i hvert fald baggrunden"

for, at jeg har ønsket at fremsætte forslaget samtidig med, at vi indhenter høringssvar. Der er jo ingen grund til, at syge patienter skal stå og vente af hensyn til en masse formalistiske procedurer”.

(Løkke Rasmussen, 2002)

Debatten i denne kode handler altså forsat om at sætte individet frem for masse-mennesket, og hvor centrum for opmærksomheden er det enkelte menneskes ubærlige pres i sygdomssituationer.

Sammenfatning

Med vedtagelsen af det udvidede frie sygehusvalg ikklædes den strukturelle kobling i form af behandlingsgarantien en ny udformning. Ordningen gælder nu ikke alene alvorlige livstruende sygdomme, men får en generel karakter. Samtidig bliver det muligt for patienter at søge behandling i privat regi, hvis dette ikke kan tilbydes i offentlig regi inden for to måneder. Hermed griber intimitetssystemet over i det økonomiske system og etablerer en konkurrencesituation, igennem hvilket hensynet til det enkelte individ lægger pres på det økonomiske system.

Behandlingsgarantien indeholder på dette tidspunkt en forståelse af ventetid på behandling som et urimeligt livskvalitetsnedsættende problem for det enkelte individ uanset sygdommens karakter. Ventetid bliver med andre ord et spørgsmål om det enkelte individs livskvalitet, og hvor ventetid gennem intimitetssystemets koder pirrer det politiske til, uden at stille en egentlig garanti, at operere med en ventetidsordning, der samtidig udløser fritvalgsmuligheden.

Patienternes ret til at vælge privathospitaler sætter det offentlige systems evne til at håndtere patienternes forsikringsmæssige rettigheder under pres, i fald der skulle ske fejl.

Meraktivitetspuljen i form af 1.5 mia. kr. sætter samtidig det faglige system under pres. Det skyldes dels forventningen om, at aktiviteten øges som følge af, at der indføres outputstyring i sundhedsvæsenet, dels at der i takt med øget konkurrence med den private sektor opstår stigende rekrutteringsproblemer og risiko for lønglidning. Endelig får det faglige system en stigende udfordring, hvad angår prioritering mellem at udvide antallet af planlagte operative indgreb og fastholde eller udbygge indsatsen overfor akutte behandlinger og ældre medicinske patienter.

Den private sektor italesættes i endnu stærkere grad som overløbsventil i forhold til det offentliges eventuelle manglende evne til at overholde ventetidsgarantierne. Det

private system accepteres således som en legitim del af det offentlige sundhedsvæsen, men hvor der stadig skal laves aftale med det offentlige.

Selvom det faglige system forsøges vækket fra flere sider, er dette rationales semantik kun ganske svagt repræsenteret i debatten. Den sidste rest af faglig prioritering i vurderingen af, hvor lang ventetid på behandling der maksimalt må være for de enkelte lidelser, forsvinder. Vurderingen lægges alene over i det politiske system.

Det udvidede frie sygehusvalg (1 måneders garantien) 2007

At sikre den enkelte borger den nødvendige information og viden er helt centralt, hvis det frie valg af sygehustjenester skal have et reelt indhold. Den 1. januar 2005 trådte en bekendtgørelse om udvidet informationspligt således i kraft. Formålet var at give patienterne klar og hurtig besked om tid og sted for behandling mv. Reglerne indebærer bl.a., at det offentlige sygehusvæsen senest otte hverdage efter, at henvisningen på en patient er modtaget, skal oplyse denne om dato og sted for undersøgelse eller behandling, om patienten kan tilbydes behandling inden for den stillede garanti, og om patientens ret til at vælge andet sygehus efter reglerne om frit og udvidet frit sygehusvalg.

I november 2006 blussede debatten om ventelister på kræftområdet imidlertid op på ny. Som kulmination herpå undsagde Sundhedsminister Lars Løkke Rasmussen i en direkte fjernsynsudsendelse Sundhedsstyrelsens prioriteringer på sundhedsområdet. Umiddelbart efter valgte Medicinaldirektør Kristian Gøtrik at sige sin stilling op. Vi har i tidligere arbejder påvist, at kræftgarantien konstituerede nye roller for Sundhedsstyrelsen. Sundhedsstyrelsen fik bl.a. til opgave at finde alternative udenlandske behandlingssteder i de tilfælde, hvor de enkelte hospitaler ikke var i stand til selv at tilbyde patienten rettidig behandling eller alternativt at finde behandlingsmuligheder andetsteds. Sundhedsstyrelsen blev hermed indsat i rollen som "sweeper" for hospitalerne, som garant for lovens overholdelse i forhold til den enkelte patient og som tovholder i forhold til at sikre så god en kapacitetsudnyttelse som mulig på landets hospitaler. Roller, som Styrelsen i hvert fald på daværende tidspunkt ikke formåede at udfylde (Rønholt, Jensen, & Johansen, 2007). Jens Kristian Gøtriks pragmatiske og moralske legitimitet blev således svækket i alvorlig grad, hvilket bl.a. kan læses af følgende to citater, som Jens Kristian Gøtrik fremkom med i dagene op til debatudsendelsen: *"Men vi har ikke haft nogen intention om at overtræde loven"* (Politiken den 22.11.2006) og *"Når vi må og skal overholde loven...skal vi finde noget halvpermanent i udlandet"* (Politiken den 23.11.2006). Avisartikler fra samme periode indikerer, at Sundhedsministeren allerede før debatudsendelsen havde besluttet sig for ikke at forlænge Jens Kristian Gøtriks åremålsansættelse. Måske fordi tiden med DRG, patientrettigheder og strukturreform i sig selv betød enden på lægestandens monopol på posten som Medicinaldirektør. I hvert fald gik posten, med Jesper Fiskers udnævnelse som ny administrerende direktør for Sundhedsstyrelsen, for første gang i historien til en person uden lægefaglig baggrund.

I 2007 blev reglerne for det udvidede frie sygehusvalg yderligere strammet, hvorefter den generelle ret til at vælge behandling på privat hospital allerede er tilstede efter en måneds ventetid.

Institutionel analyse

I en regulativ kontekst betød ændringen af den udvidede fritvalgsgaranti den 1. oktober 2007, at tidsfristen for, hvornår patienter kan vælge at lade sig behandle på et privat aftalehospital, blev nedsat til en måned. I modsætning til, hvad tilfældet var med indførelsen af to-måneders garantien, fulgte der imidlertid denne gang ingen finansiering med ordningen. Det blev således fra politisk hold forventet, at den nødvendige meraktivitet, der skulle til for at overholde den nye en-måneders garanti, alene skulle dækkes gennem aftale om en tre pct effektivitetsstigning på de offentlige hospitaler. En aftale som var blevet truffet mellem stat og regioner.

Vi ser således et individualiseret garantisystem, der fra 1993 og frem til i dag sporafhængigt og baseret på bricolage, gradvist udbygges og rekombineres på basis af en lovmæssig udvikling omkring fritvalgsordninger og ventetidsgarantier. Et garantisystem hvis udvikling og substantialitet yderligere ansføres af parallelt opstående forandringsmønstre som gradvist lader stadig flere sygdomme dække af behandlingsgarantier. Med politikere som væsentligste aktører/entreprenører, korter man gennem lovgivning gradvist de rettighedsudløsende frister ned. Samtidig involveres de private sygehuse mere og mere i overholdelsen af disse garantier.

I en normativ sammenhæng forventede man, at indførelsen af diagnostiske pakker og udbygning af LEAN principper i hospitalssektoren ville kunne føre til de ønskede rationaliseringsgevinster. Det blev endvidere anset for sandsynligt, at det pres, som skærpelsen af ventetidsgarantien ville lægge på det offentlige sygehusvæsen i sig selv ville føre til en kapacitetsudvidelse i denne sektor.

"I forhold til den ene måned, vi nu nedsætter behandlingsgarantien i det udvidede frie sygehusvalg til, vil jeg så sige, at i den økonomiaftale, der er indgået med regionerne, er der jo lagt økonomi ind til, at man kan lave en effektivisering på tre pct., og jeg vil tro, at det dækker lige det her område".

(Josefsen, 2006)

"Det er jo en intern organisatorisk udfordring. Det er der, man bl.a. arbejder med LEAN-projekter, nogen kalder det Toyotamodellen. Det er der vi arbejder med diagnostiske pakker, som vi støtter økonomisk via kræftplan II. Det skal vi gøre meget mere.

Det er selve kernen i den kvalitetsreform, vi nu laver. Det skal per definition ikke koste mange ekstra penge, for der er ikke tale om, at der skal laves noget, der ikke bliver lavet i dag".

(Løkke Rasmussen, 2006)

Det blev endvidere forventet, at de betydelige rekrutteringsproblemer, som var tilstede blandt læger og plejepersonale, kunne løses ved import af udenlandsk arbejdskraft (Skaarup, 2006), og at eventuelle problemer for patienterne med at forstå ordningerne, kunne imødegås med udbygning og skærpelse af reglerne for vejledning af borgerne omkring ventetidsgarantiens regler.

Ud fra en kognitiv tilgang italesættes antagelsen om, at en-måneders garantien vil overføre penge fra de offentlige til de private hospitaler. Den manglende ressource-tilførsel til den offentlige sektor vil betyde, at garantierne ikke kan overholdes, og at det i stedet bliver de private sygehuse, som må løse opgaven. Der udtrykkes i denne forbindelse bekymring for den risiko, man tager ved beslutningen om at skærpe ventetidsgarantien, hvor ingen reelt er i stand til at gennemskue de økonomiske konsekvenser ved dens gennemførelse.

"Mit synspunkt er, at de eneste, det for alvor vil hjælpe, sådan set er privathospitalerne, som her får yderligere mulighed for vækst, og det betyder også, at der som en konsekvens af forslaget i realiteten overføres midler fra det offentlige til det private område".

(Clausen, 2006)

Fra oppositionens side udtrykkes endvidere en antagelse om, at en-måneders garantien ingen faglig begrundelse har, og at det alene vil være på områder, hvor der kan tjenes penge, at aktivitetsudvidelsen vil finde sted. En prioritering af ventelister vil endvidere gå ud over andre dele af væsenet og alt i alt føre til øget arbejdspress og forværret arbejdsmiljø (Baastrup, 2006) (von Selen, 2002) (Fischer, 2006).

I oppositionens optik vil en-måneders garantien føre til øgede interne ventetider, mens regeringen har en fuldstændig modsat opfattelse.

"...vi skal fjerne al ventetid, både ventetiden før man kommer ind i systemet og ventetiden inde i systemet. Her virker reglen sådan set også, fordi det udvidede frie sygehusvalg også gælder diagnostiske ydelser".

(Løkke Rasmussen, 2006)

Folketingsdebattens polyfone udtryk

Under denne folketingsdebat konstitueres og kommunikeres begrebet behandlingsgaranti først og fremmest gennem det politiske og økonomiske systems logikker. Det intime systems koder og den sundhedsfaglige logik manifesterer sig sparsomt, men er til stede som en underliggende selvfølgelighed.

I det politiske systems semantik drejer debatten sig primært om, hvorledes behandlingsgarantien vil påvirke de interne ventetider, der er mellem tidspunktet for forundersøgelse og tidspunktet for, hvornår den egentlige behandling finder sted.

Nedsættelse af behandlingsgarantien til en måned for alle sygdomme bliver også kritiseret for at være en uhensigtsmæssig prioritering.

"(Vi bør) gøre noget ved de største problemer, og et af dem er interne ventetider. Vi ved fx, der er kræftpatienter der venter i 90 dage, og det er sådan set ikke ændret over rigtig mange år.....lad os få at vide hvordan det står til med de interne ventetider og virkelig sætte ind her."

(Fischer, 2006)

"(Man har) valgt at prioritere ressourcer til at reducere ventetiden fra to måneder til en måned i en situation, hvor sygehusvæsenet har brug for at koncentrere sine ressourcer om at nedbringe de interne ventetider"

(Clausen, 2006)

Et andet problem, der kædes sammen med interne ventelister og prioriteringsspørgsmålet, er manglen på speciallæger og sygeplejersker. Det forventes endvidere, at handleplaner et sted i sundhedsvæsenet kan virke afsmittende på andre dele heraf, og dermed være med til at reducere de interne ventetider: *"hvad angår de interne ventetider...er der sat en stor proces i gang i forhold til kræfthandleplan II...hvor man fokuserer på de interne ventelister...den proces vil også smitte af andre steder i sundhedssektoren (Josefsen, 2006).*

Beslutningen om at indføre en en-måneders garanti forbindes også med stor risiko, og dele af debatten forsøger at rette opmærksomheden hen imod, at man med forslaget entydigt fokuserer på, at garantere behandling indenfor en måned uafhængig af sygdommes karakter og alvorlighed:

"nu laver man en frit valgs-garanti på en måned for alle patienter, og om de har åreknuder eller nedgroede tånegle eller nogle alvorlige sygdomme er sådan set lige meget....og det gør man i

blinde....uden viden om det i virkeligheden er et meget større problem, at vi har interne ventelister, der vokser"

(Fischer, 2006).

Indenfor det økonomiske rationale kredser konsekvenserne af en-måneders garanti en omkring kapacitet og ressourcer. Nedsættelse af garantien til en måned oversættes til et behov for at udvide kapaciteten i det offentlige sygehusvæsen, og dermed til et behov for at få tilført flere økonomiske ressourcer til regionerne. Alternativt vil det blive den private sektor, som skal stå for, at ventetiden overholdes og dermed få kapacitetsudvidelsen. Hvilket igen vil virke tilbage på den offentlige sektor og medføre øget pres på regionernes økonomi. Svaret på dette er, at såfremt det offentlige sygehusvæsen vil bevare sin markedsandel, må det tilpasse sig en mere effektiv resourceudnyttelse fx gennem indførelse af nye styringsmæssige redskaber som fx.

LEAN og behandlingsplaner "eksempelvis har jeg i det nordjyske sygehusvæsen set, at man på Farsø Sygehus har indført begrebet LEAN, og det har faktisk afkortet indlæggelsestiden betydeligt, faktisk med mange, mange dage..." (Josefsen, 2006).

Sundhedsministeren påpeger, at to-måneders behandlingsgarantien har haft positiv indvirkning på, hvor hurtigt patienter er kommet i behandling, dog uden at eksplicite, hvilke slags diagnoser det handler om og uden at berøre problemerne omkring den interne ventetid *"(to-månedersreglen) har betydet, at op mod 100.000 danske patienter har fået behandling hurtigere, end de ellers ville have fået"* (Løkke Rasmussen, 2006).

De økonomiske konsekvenser af en nedsættelse af behandlingsgarantien anses for at være uforudsigelige: *"der er ikke noget i lovforslaget, der viser, hvad det koster at lave en sænkning, og det synes jeg faktisk er uforsvarligt"* (Fischer, 2006). En anden økonomisk overvejelse er, hvordan konsekvensen af en en-måneders garanti vil spille ind i forhold til den eksisterende mangel på kvalificeret personale. Det foreslås under debatten at importere udenlandsk sundhedspersonale for at afhjælpe dette problem.

I intimitetens kode tages borgernes tilfredshed med det udvidede frie sygehusvalg som udtryk for, at 80.000 patienter har benyttet sig af dette siden indførelsen i 2002. Også de interne ventetider er et væsentligt tema i debatten indeholdt i beskrivelse af de enkelte behandlingsforløb karakteriseret som kilde til store psykiske belastninger: *"først kommer man efter de to måneder som ventetiden er i dag, så skal man vente på den ene og den anden og den tredje undersøgelse, og angsten for at nå at dø, inden den interne venteliste i de enkelte elementer er væk, er stor"* (Baastrup, 2006).

Indenfor sundhedssystemets kode er blikket rettet mod den interne ventetidsproblematik på kræftbehandlingsområdet, der på trods af behandlingsgaranti gennem en årrække fortsat har haft et betydeligt problem med interne ventetider *".....visse kræftpatienter, som vi ved noget om, faktisk stadig i gennemsnit venter 90 dage på at komme i behandling...."* (Fischer, 2006). Der lægges dog vægt på, at de interne ventetider skal fjernes, uden at der i øvrigt bliver anvist løsningsforslag *"....vigtigt, at behandlingssystemet er gearet, så der er sammenhæng i patienternes behandling, og at knasterne om de interne ventetider bliver fjernet"* (Skaarup, 2006).

Sammenfatning

Med indførelsen af en en-måneders ventetidsgaranti antager behandlingsgarantien nu sit endelige nuværende udtryk. Den lovmæssige form betyder, at patienter nu frit kan vælge mellem offentlige og private aftalehospitaller, men denne gang følger der ikke ekstrabevillinger med til at dække en evt. offentlig meraktivitet som følge af garantiudvidelsen. Tværtimod forventes en tre pct effektivitetsstigning udmøntet gennem forskellige styringsmæssige indgreb.

Et væsentligt tema i debatten, hvor det politiske system i udtalt grad virker forstyrrende ind på den faglige logik, er den risiko og dermed usikkerhed, som en-måneders garantien tilfører den offentlige hospitalssektor. Det øgede pres på behandlersystemet, som den forkortede behandlingsgaranti måtte afstedkomme, anses imidlertid af det politiske system som en hensigtsmæssig måde at effektivisere det offentlige hospitalsvæsen på. Indførelse af LEAN- og diagnostiske pakker anføres som nøglen til kapacitets forbedringer som følge af en øget efterspørgsel. Den grundlæggende politiske antagelse er, at en nedsættelse af ventetidsgarantien fra to til en måned ikke i sig selv betyder, at de interne ventetider øges.

Kommunikationen omkring interne ventetider pirrer samtidig det politiske system og opfattes her som et styringsmæssigt problem, der evt. kan håndteres gennem handleplaner. Ikke mindst problematikken omkring mangel på speciallæger og sygeplejersker frembringer støj i mellem det politiske-, det økonomiske- og det faglige system. Dette skal sættes i forhold til, at selve loven ikke medfører øgede bevilling, og man dermed ikke ad denne vej vil kunne foretage en kapacitetsudvidelse i den offentlige sektor. Det betyder altså, at det politiske krav om øget produktionen, der er en direkte afledning af en-måneders behandlingsgarantien, enten skal ske gennem effektivisering i det offentlige system eller øget anvendelse af privathospitaller.

Også sundhedssystemet bliver tricket af termen interne ventetider, og i dette blik stilles der spørgsmål tegn ved, om man vil komme hurtigere i behandling som en konsekvens en en-måneders garanti. I denne argumentation henvises der bl.a. til lange interne ventetider på kræftbehandlingsområdet.

Indførelsen af en-månedersgarantien forbindes med en række risici bl.a. i form af muligt økonomisk merforbrug i den private sektor og stigning i længden på interne ventetider. Det politiske system pirrer således ikke alene det økonomiske system, men også det intime, det juridiske og det faglige. De faglige prioriteringer og patienternes rettigheder sættes således under pres, da loven på den ene side giver patienter mulighed for tidligere for offentlige midler at søge andet behandlingstilbud (i det private såvel som det offentlige, i indland såvel som udland) uden at der stilles en egentlig garanti. Selve loven indeholder således store kløfter mellem de forståelser der konstituerer den, og dens endelige juridiske udtryk. Intentionen er at skabe tryk om patienten, at udstyre denne med en rettighed til efter kort ventetid selv at vælge behandlingstilbud. Dette modsiges dog af betydelige interne ventetider, der skal afhjælpes gennem effektivisering, uden at der følger økonomiske ressourcer med.

Samtidsdiagnose: Praksisfeltets kommunikation om behandlingsgarantien

Debatten i efteråret 2007 har vist os, at der stadig foregår en kamp imellem de enkelte delsystemers koder i forhold til behandlingsgarantien som strukturel kobling, og at de indbyrdes styrkeforhold er i fortsat drift.

Den hidtidige analyse har taget sit udgangspunkt i autoritative kilder i form af lovstof og relaterede folketingsdebatter. Det politiske og juridiske system har dermed udgjort vores iagttagelsespunkt og været vores analytiske platform, hvilket på den ene side har medvirket til at give en forståelsesmæssig ramme for behandlingsgarantiens emergering, men på den anden side også bibragt os blinde pletter, som naturligt sætter begrænsninger for analysens udtale kraft.

Det politiske og juridiske system er kendetegnet ved at træffe beslutninger, som efterfølgende via strukturelle koblinger selvreferentielt bearbejdes og udvikles i forhold til de enkelte delsystemers binære koder. Samtidig fordeles den risiko, som det politiske system i forhold til kontingens og beslutningstagning per definition fører over i de andre systemer.

I det følgende forsøger vi derfor, med udgangspunkt i vores interviews, supplerende at analysere, hvorledes aktører fra de enkelte delsystemer vurderer og italesætter behandlingsgarantien som strukturel kobling mellem de enkelte logikker.

Vi forsøger således på grundlag af vores interviewanalyse at sætte ord på de tendenser, som på nuværende tidspunkt gør sig gældende i forhold til behandlingsgarantien. Formålet er at udvide den forståelsesmæssige ramme, vores analyse hidtil har givet os i det retrospektive perspektiv. Vi supplerer derfor med en analyse, der, baseret på vores interviews, forsøger at se på behandlingsgarantien gennem nutidens briller.

Med henblik på at foretage en samtidsdiagnose², har vi i vores interviews valgt at spørge, hvad behandlingsgarantien aktuelt betyder i den enkelte informants optik, hvordan den påvirker omgivelserne, og hvilken betydning den skønnes at have for fremtiden.

² Samtidsdiagnose er en analyse, hvor man forsøger at sætte ord på de tendenser, som gør sig gældende. Det gør man ved at lytte til, hvordan samtiden taler om sig selv. Samtidsdiagnosen er med andre ord en analysestrategi, som forsøger at fatte samfundsmæssige transformationer, der er undervejs, og at begribe nye grundlæggende vilkår, der er ved at gøre sig gældende i samtiden (Raffnsøe, Nielsen, Møller, & Hammershøj, 2004).

Behandlingsgarantien og det politiske system

Som strukturel kobling mellem det økonomiske og politiske system pirrer behandlingsgarantien det politiske system i forhold til beslutningen om, at regionerne har fået ansvaret for den offentlige sygehusdrift uden samtidig at have fået overdraget de tidligere amters kompetence til skatteudskrivning. I det politiske systems semantik drejer en del af interviewene sig således om, hvorledes behandlingsgarantien vil påvirke regionernes politiske mulighed for at agere. Det ses som et problem, at regionerne er ansvarlige for hospitalsdriften, men ikke for skatteudskrivelsen. Det italesættes således, at regionerne har et ansvar for patienterne, men ikke for skatteborgerne *"Nu har regionerne ikke længere ansvar for at skaffe pengene, .. det vil skubbe os over på patienternes side, og så vil vi ikke være sparehelte mere"* (Hansen, 2007).

Der er således mellem flere af vores informanter enighed om, at ordningen på sigt er uholdbar, og at den økonomiske dagsorden om effektiv behandling og overholdelse af ventetider irriterer det politiske system i en sådan grad, at regionernes fremtidige eksistensberettigelse reelt er truet: *"Men, hvis man vil have regionale led, skal der indgås troværdige økonomiaftaler, der stort set skal overholdes. Ellers bliver regionerne sat uden for indflydelse"* (Hansen, 2007). Samme opfattelse deles af de centrale myndigheder: *"det er et problem, at vi har fået nogle regioner, som har ansvaret for så kolossalt et stort offentligt serviceområde med begrænsninger på at kunne styre sin egen økonomi. Det er et problem, og det holder ikke"* (Fisker, 2007).

Og måske betyder den ændrede økonomiske status for regionerne, at der fremover reelt ikke er opgaver nok til at begrunde deres fortsatte eksistens. Det italesættes således, at det regionale politiske system på nuværende tidspunkt er så stærkt afhængig af en økonomisk og landspolitisk logik i forhold til behandlingsgarantien, at handlemulighederne for det regionalpolitiske system reelt er udspillet: *"Økonomien ligger fast i en kasse på otte pct ... og med reglerne om ligebehandling og DRG'en er der ingen grund til at man skal have 46 regionspolitikere til at styre det. Det kan man lade tre regionskontorer i Sundhedsstyrelsen gøre"* (Vestløv, 2007), og: *"Garantierne springer regionerne over. Folketinget siger, der skal være en behandlingsgaranti på 48 timer, og det må I bare finde ud af"* (Vestløv, 2007).

Og hermed rejser spørgsmålet sig, om regionerne i politisk/administrativ forstand ikke er for små i forhold til de landspolitiske og faglige logikkers italesættelse, hvor hospitalsdrift og behandlingsgarantiens opfyldelse sker med involvering af den in-

ternationale arbejdsdelings rationalitet, men også i forhold til behandlingsgarantiens element af frit valg:

"Det er lidt fjollet, at vi i Danmark skal have en behandling på enhver lille afart af kræft. Man kunne sige, at Sverige tog sig af nogen af tingene, Danmark af andre, og Tyskland af andre. Så kan man samarbejde... sådan tror jeg det vil blive."

(Skawbo-Jensen, 2007)

"På nogen af de højest specialiserede behandlinger begynder vi jo nu at lave aftaler med de andre store hospitaler i Norden, for at sige, hvis man kun har ét sted, hvor man laver en højt specialiseret funktion i Danmark, så bliver vi jo nødt til at have nogen at samarbejde med, hvis det overhovedet skal give mening at tale om frit valg."

(Fisker, 2007)

Behandlingsgarantien og sundhedssystemet

Markedsgørelsen af sundhed ligger meget centralt i den politiske logiks semantik i forhold til løsningen af, hvorledes behandlingsgarantiens ventetider skal sikres overholdt. Som strukturel kobling mellem det politiske, økonomiske og sundhedssystemet irriteres ikke mindst sidstnævnte af det semantiske udtryk, at sundhed er blevet en vare. Hvis patienten ikke rettidigt får den behandling, som patienten er blevet sat i udsigt, "købes" den andetsteds offentligt eller privat, inden- eller udenlands: *"Da hun så havde fundet ud af, at hun havde en svulst i hjernen, og der var fem ugers ventetid på at komme i kemo, stak hun af til Geneve"* (Rolighed, 2007).

Den sundhedsvidenskabelige logik er derfor nødt til at underlægge sig den globale økonomis hegemoni, der universelt italesættes i form af effektivitet, konkurrence og markedssegmentering. Og i tilfælde, hvor offentlige hospitaler ikke er i stand til at sikre konkurrencemæssig tilfredsstillende produktion til overholdelse af stillede garantier, må disse lukke: *"Hvis der er afdelinger, der ikke kan leve op til behandlingsgarantien... så må de lukkes. Hospitalsejerne må sørge for at lave en logistik, så de kan konkurrere med de private sygehuse"* (Vestløv, 2007).

Som udtryk for sundhedssystemets polyfoni, må hospitalsledelser for at kunne agere indenfor dagens kompleksitet være i stand til ikke blot at tale i videnskabelige koder, men i tiltagende grad inkorporere det økonomiske systems semantik med fokus på områder som produktionstilrettelæggelse, effektivitet og cost benefit: *"Jeg tror, man har brug for nogle, der tænker og måske har erfaringer fra andre typer af produktionsliv. Tænker lidt LEAN-baseret. Er i stand til at gennemskue noget omkring øko-*

nomi også. Hvad kan egentligt betale sig, og hvad kan ikke betale sig" (Vestløv, 2007).

Sundhedssystemets logik skal alene koncentreres sig om sin kode rask/syg, mens de konkurrerende politiske og økonomiske logikker overtager den overordnede styring af sundhedsvæsenet. For det sundhedsvidenskabelige personale er der således kun patientbehandlingssemantikken tilbage: *"Mange indflydelsesrige politikere har den opfattelse, at læger og sygeplejersker og andre sundhedsfaglige kun skal beskæftige sig med at behandle patienter, og i øvrigt gøre hvad der besluttet ledelsesmæssigt af andre faggrupper og politikere."* (Gøtrik, 2007) men selv det rejses der spørgsmålstegn ved: *"Nu er vi så nået dertil at direktøren for Sundhedsstyrelsen skal heller ikke være læge. Sygehusdirektøren skal jo heller ikke være det. .. At lægen skal være læge, er vi stadigvæk nogenlunde fokuseret på. Selvom det endda ikke behøver at være sådan"* (Vestløv, 2007).

Behandlingsgarantien som strukturel kobling betyder også, at sundhedspersonale i det økonomiske systems koder italesættes som ressourcer på linie med penge og udstyr. Blot er den knappe ressource i dag personalet: *"(Behandlingen) kan sagtens accelereres, hvis det er sådan, at vi havde læger og sygeplejersker og kapacitet nok til at tage i mod dem. Så den knappe ressource er såmænd ikke pengene i dag"* (Rolighed, 2007). Løsningen på de knappe ressourcer italesættes som eksport af patienter, indhentning af udenlandsk arbejdskraft og opgaveglidning (Rolighed, 2007), (Hansen, 2007) og (Fisker, 2007).

Også i selve den lægefaglige stand presser de økonomiske koder det sundhedsfaglige rationale tilbage. Idet behandlingsgarantien har åbnet for et privat marked, vil lægerne søge over, hvor pengene er og lade et økonomisk og ikke lægefagligt rationale være fremherskende i forhold til tilbud om behandling: *"Det der med at lægerne kun behandler det, der er relevant, det tror jeg ikke en skid på. Hvor der er et marked, er der også læger, der er villige til at levere den ydelse, som man vil give"* (Rolighed, 2007).

Den økonomiske semantik griber over i sundhedssystemet og påvirker i stigende grad de sundhedsfaglige vurderinger og skaber hermed ny mening i forhold til systemets holdning til behandlingsindikationer *"hvis man slipper lægerne og andre fagfolk løs, uden andet end sig selv og vor herre som reference, så disintegrerer det jo det faglige"* (Gøtrik, 2007) og *"Rygområdet er et skræmmende eksempel på, hvordan det kan gå, hvis man slipper markeds kræfterne løs. Alle overordnede faglige be-*

stræbelser har gået på at begrænse omfanget af kirurgisk behandling. Hvis det kun er udbud og efterspørgsel der regulerer, er det ikke muligt at fastholde en sådan fornuftig faglig målsætning.” (Gøtrik, 2007).

Behandlingsgarantien og intimitetens system

Intimitetslogikken fylder kun sparsomt i vores interviews, og igen er det den økonomiske semantik, som pirrer intimitetssystemet. Det er således penge og skattebetaling, som bruges til at retfærdiggøre indsatsen mod de lange ventetider, som lader den enkelte borger tilbage med angst for alvorlige lidelser uden mulighed for hurtigt og rettidig behandling: *”Vi havde lullet os ind i en forståelse af, at det der med ventetider, det var sådan set okay. Det er ikke okay. ... Set fra et borgersynsvinkel, i et land, hvor vi betaler den næsthøjeste skat i verden, er det ikke okay, at man skal have de meget, meget lange ventetider” (Fisker, 2007).*

Semantisk sættes individualiseringen også ind i en mere samfundsomfattende kontekst, idet der sammenlignes med udviklingen indenfor andre offentlige serviceområder som for eksempel børneområdet (Fisker, 2007).

Individualisering og borgerrettigheder vinder således indpas i forståelsen af et moderne velfærdssamfund *”det er så det stadie velfærdssamfundet nu har fået, at det er med fokus på individuelle rettigheder og garantier” (Fisker, 2007).*

Behandlingsgarantien og det økonomiske system

Med behandlingsgarantiens nuværende ikklædning, er der blandt vores informanter enighed om, at det politiske og juridiske system i væsentlig grad har ført sine beslutninger og risici over til den økonomiske logik *”But what happens with the risks? In most cases they are handed over to the legal system, and they are often passed on by the legal system to the economic system”* fra Demands on Politics (Luhmann, 1993).

Behandlingsgarantien indfører således en konkurrencesituation mellem det offentlige og private regi. Et forhold, hvorunder økonomiens semantik pirrer sundhedssystemet. Hermed faciliteres nye faglige tiltag mhp at imødekomme de øgede krav om produktivitet, som behandlingsgarantien medfører. Samtidig opstår der frustration over, at det offentlige system stadig forventes at varetage et fuldt spektrum af ydelser samt opfylde sine forpligtigelser i forhold til uddannelse og forskning.

"Jeg tror ikke, man er på vej til at nedlægge det offentlige sygehusvæsen. Men man er på vej til at lave et to-delt, hvor det vi skal bruge til at holde udgifterne nede i dagtiden, ...de planlagte indgreb... tages ud af det offentlige, og gøres profitabelt i privat regi, så gør du vores beredskaber utroligt dyre. For der skal jo stå nogen til at tage imod, når trafikuheldet sker. Og derfor får vi et dyrere sundhedsvæsen".

(Hansen, 2007)

"Hvis vi begynder at se en situation, hvor der er nogle typer behandlinger, som ikke foretages i offentligt regi, så ville jeg synes det var et problem. For så får vi et amputeret sundhedsvæsen"

(Fisker, 2007).

Men den økonomiske logik pirrer også den politiske. Brugen af privathospitaler som en del af det offentlige sundhedsvæsen er godt nok så kognitivt indpasset, at ingen af vore informanter rejser spørgsmålstejn ved deres tilstedeværelse. Alligevel pågår der aktuelt en kamp om omfanget af det private regis andel af de samlede sundhedsydelser, hvor det anføres, at skulle det private sygehusvæsen få et omfang, der begynder at "amputere" det offentlige, vil der blive rejst krav.

"..i det øjeblik at det private kommer til at fylde så meget i balancen mellem det offentlige og det private, at det bliver en reel, væsentlig del af det danske sundhedsvæsen, tror jeg man vil få en reaktion, som siger: så skal de være med på det ene og det andet – de skal have forskningsforpligtigelse og undervisningsforpligtigelser, de skal være med i den danske kvalitetsmodel - alle de krav, og måske også behandlingsgarantien, som man stiller til det offentlige sygehusvæsen".

(Fisker, 2007)

Flere mener også, at det private kun må have en begrænset rolle, og der peges i den anledning på et omfang imellem 10 og 20 pct: *"De offentlige sygehuse er grundpillen i vores system, men hvis vi bare har en privat sektor, som kan være lidt konkurrerende på nogen områder uden at bryde for meget med den overordnede balance, så er det grundlæggende meget fornuftigt"* (Fisker, 2007), og *"det kan være fornuftigt at få konkurrence ind, når der kun er én udbyder"* (Gøtrik, 2007).

Behandlingsgarantien udgør også en strukturel kobling mellem den økonomiske og de politiske og lægevidenskabelige logikker i forhold til styring:

"Som det er nu, kan det økonomiske system ikke styre sig selv. Så kan man jo diskutere, om det er en politisk styring, der skal til, eller om man i virkeligheden burde konstruere et fagligt sty-

re af det der område. Det kan man ikke med den model, der er nu, sådan som pengene flyder. Det kan ikke lade sig gøre".
(Gøtrik, 2007)

Som modvægt til en ren markedsstyring foreslås det derfor at indføre forskellige styringsteknologier som f.eks. regelstyring, kvalitetsindikatorer og en bestiller/udfører model.

Sammenfatning

Som ovenstående analyse viser, er der fortsat kamp i mellem definitionen af behandlingsgarantien, der som strukturel kobling mellem de enkelte delsystemer vedvarende pirrer disse. I forhold til analysen af lovtekster og relaterede folketingsdebatter er det karakteristisk, at specielt intimitetssystemets koder kun finder sparsom anvendelse.

Etik og moral bliver ofte draget ind som legitimering af politiske beslutninger. Et forhold som tvangs frit kan forklare intimitetssystemets fremtrædende plads i folketingsdebatterne og samtidig kan forklare, hvorfor systemets koder i de efterfølgende interviews er så godt som fraværende: det politiske system har via det juridiske lovgivningsmæssigt videresendt sine beslutninger og risiko til de øvrige systemer, og ikke mindst det økonomiske. Og da det netop er aktører fra de systemer, som efterfølgende skal omsætte de politiske beslutninger om en behandlingsgaranti til realiteter, er det naturligt, at ikke mindst det økonomiske systems semantik kommer til at pirre de delsystemer omkring den strukturelle kobling, som vores informanter udtaler sig om.

På nuværende tidspunkt synes sundhedssystemets rationaler at være svundet ind i forhold til de politiske og økonomiske koder, hvad angår planlægning og beslutningstagning på sundhedsområdet.

Programmer fra 1993 til 2007

Som afslutning på vores analyse vil vi trække nogle af de programmer frem, som i løbet af perioden indbyrdes og med skiftende udtryk i mellem systemerne har haft betydning for de styringsmæssige forhold for i det danske sundhedsvæsen. Vi har set på semantiske eksplicite udtryk såvel som underliggende forståelser i forhold til behandlingsgarantien og herved afgrænset fire programmer, som har haft betydning for garantibegrebet i sundhedsvæsenet.

Individualisering

I folketingsdebatterne op til 1993-lovgivningen træder individualisering frem som et program og dermed som en delmængde af det, der også i dag konstituerer behandlingsgarantien. Her subjektgøres det syge menneske i kommunikationen - ikke kun som et menneske der lider af en sygdom, men som et individ med behov for at sundhedsvæsenet tilpasser sig dets ønsker og medvirker til at sikre dets livskvalitet. Der sker et skred fra, at patienten opfattes som en nødvendig ingrediens i sundhedsvæsenet på linie med operationsstuer og antibiotika og over til at blive opfattet som individ.

Op gennem 1980'erne havde ventetid for den enkelte patient ikke været opfattet som et politisk problem af større betydning. Med udtrykket "patienten i centrum", som udgør et omdrejningspunkt i 1993 debatten, sættes imidlertid en bevægelse i gang, der flytter opmærksomheden væk fra patienten som kategori og over til det enkelte, konkrete individ. I individualiseringens navn sættes der lighedstegn mellem patienten i centrum og det frie sygehusvalg.

Det frie sygehusvalg blev således karakteriseret som en imødekommelse af borgerne legitime krav og behov for rettidig behandling. Samme argumentation blev anvendt i oppositionens nedstemte forslag om at indføre en generel maksimal ventetid på tre måneder. En rest af masse mennesket, formuleret som ønsket om fortsat at differentiere mellem forskellige sygdomskategorier i stedet for at differentiere mellem individer, var dog fortsat til stede helt frem til indførelsen af kræftgarantiens maksimale ventetider for kræftpatienter og patienter med andre livstruende sygdomme i 1999.

Som en konsekvens af individualiseringen blev ideen om, at pengene følger patienten også født i 1993. Med tanken lægges der op til, at den enkelte borger inden for visse rammer selv kan afgøre, hvor de penge, en bestemt behandling koster, skal anvendes.

I sidste del af vores analyseperiode forsvinder ekspliciteringen af individualiseringen i høj grad, og træder i stedet mere og mere frem som et underliggende grundvilkår for sundhedsplanlægningen. Hensynet til den enkelte afstedkommer et opgør med princippet om, at al sygdomsbehandling skal foregå i offentligt regi. Men med denne ændring pålægger individualiseringen også patienten en ny rolle, nemlig som forvalter af offentlige midler i forhold til behandling på privat hospital eller hospitalsophold i udlandet. En rolle som kun forstærkes af indførelsen af to- og senere en-månedersgarantien.

Individualiseringsbølgen er således gået fra en begrænset frit valgs ordning over maksimal ventetid på udvalgte sygdomme og videre til en generel en-måneders behandlingsgaranti, i betydningen garanti for det frie valg. Det individuelle hensyn er blevet alment, og svaret blevet indførelse af generelle ventetidsbestemmelser. Individualitetens almengørelse bliver med andre ord det legitime grundlag for indførelse af maksimal ventetid og frit sygehus valg.

Privatisering

Gennem hele perioden styrkes privatiseringssemantikken. Privatisering italesættes ikke som et mål i sig selv, men snarere som en afledt effekt af ønsket om nedbringelse af ventetiderne. I 1980'erne og 1990'erne var anvendelse af privathospitaler alene et individuelt anliggende uden relation til offentlige midler. I langt de flestes bevidsthed var privathospitaler et sted, hvor man foretog operationer af kosmetisk karakter.

I 1992 sættes muligheden for, at borgene kan blive behandlet på privathospitaler for offentlige midler for første gang til diskussion som en løsning på nedbringelse af ventetid.

Tanken genoplives i 1999, og på dette tidspunkt træffes der beslutning om, at behandling på privathospitaler betalt af offentlige midler kan foregå inden for nærmere givne rammer. Hermed bliver private udbydere en legal del af et offentligt finansieret sundhedstilbud. Samtidig lægges grunden til en bredere opfattelse af privathospitaler som seriøse og legitime alternativer til de offentlige udbydere af sundhedsydelser. Ideen om privathospitaler er dog ikke i sig selv initieret af en ideologisk præget diskussion, men baseres i stedet hovedsageligt på en pragmatisk argumentation, der knytter etableringen af private tilbud sammen med hensynet til patientens behandlingsmuligheder. Selve lovgivningen må imidlertid karakteriseres som et ideologisk skred, idet et tidligere nagelfast princip om, at al hospitalsbehandling fo-

regår i offentligt regi bliver brudt sideløbende med, at der åbnes mulighed for, at kapacitet og økonomiske ressourcer flyttes fra det offentlige til det private system.

I 2002 fostres ideen om frit valg til behandling fra første dag, uafhængig af om dette vil finde sted i offentligt eller privat regi. Med loven om udvidet frit sygehus valg reduceres og manifesteres imidlertid en ordning, der giver borgerne generel behandlingsgaranti på to måneder. I loven indføres bestemmelser, der begrænser antallet af private udbydere til kun at omfatte såkaldte "aftalehospitaler". På denne måde knyttes en del af det private tilbud tættere til det offentlige hospitalssystem. Intentioner om yderligere at udjævne forskellen mellem offentlige og private aftalehospitaler bringes ind i diskussionen med krav om, at privathospitaler på linie med de offentlige skal påtage sig en uddannelsesmæssig forpligtigelse overfor diverse sundhedspersonale. Et krav som dog frem til i dag ikke er blevet indfriet. På det ideologiske plan er det dominerende manifesterede udtryk fortsat, at privathospitaler skal fungere som "hare" for det offentlige sygehusvæsen i en effektiviseringstankegang, men ikke som udtryk for et egentlig ønske om at privatisere et af grundelementerne i den skandinaviske velfærdsmodel.

Med lovgivningen i 2007 er private aftalehospitaler blevet bundet endnu tættere til det offentlige udbud som følge af, at borgerne nu har mulighed for at vælge behandling på et privat hospital efter en måneds ventetid. Sideløbende er reglerne om information til patienterne om deres rettigheder i forhold til fritvalgsordningen yderligere skærpet, hvilket må tages som udtryk for, at anvendelsen af privathospitaler i det offentlige sundhedsudbud er ved kognitivt at bundfælde sig på et bredere plan.

Markedsgørelse

Frem til 1993 var sundhedsvæsenet i Danmark overvejende ledet gennem rammestyring. De enkelte ydelsers omfang og kostpris stod derfor ikke selvstændigt frem, men var blot en delmængde af den samlede service, sundhedsvæsenet skulle yde. I starten af 1990'erne begyndte tanken om, at pengene skulle følge patienten imidlertid at træde frem. Med tanken følger forudsætningen om, at hver enkelt behandling i sig selv kan prisfastsættes. Hermed forbindes sundhedsydelser med en økonomisk logik, hvor behandling eller sundhedsydelser som vare kan gøres til genstand for økonomisk cirkulation.

Selve opfattelsen af sundhedsydelser som en vare er tæt forbundet med en frit valgs ordning og brug af privathospitaler, hvis vare jo netop er undersøgelse og behand-

ling af sygdomme. Når sundhedsydelse prisfastsættes, opstår der imidlertid også risiko for, at behandling af bestemte sygdomstyper og operationer bliver genstand for økonomisk spekulation. Hvor lukrative indgreb og behandlinger prioriteres op, mens mere besværlige, tidkrævende og risikofyldte tiltag nedprioriteres og evt. lades tilbage til det offentlige.

Sundhedsydelser som vare emergerede i sin spæde fremtræden for første gang i 1993 netop som en konsekvens af loven om frit sygehusvalg, hvortil der blev knyttet en ordning om dagtakster til mellemamtslig udligning i forbindelse med planlagte sundhedsydelser, som blev udført på tværs af amtsgrænser.

Med behandlingsgarantiens indførelse i 1999 blev det også muligt at købe sundhedsydelser på tværs af landegrænser. En ordning, som yderligere var med til at cementere opfattelsen af sundhedsydelser som en handelsvare. Med indførelsen af DRG i 2000, merbevillingen på 1,5 mia. i form af "Løkkeposen" og efterfølgende to og en-måneders behandlingsgarantier fik begrebet sundhed som vare sit endelige, manifesterede juridiske udtryk.

Ressource maksimering

Ressourcer eller mangel på ressourcer spiller fra starten af 1990'erne en afgørende rolle i diskussionen om frit valg og ventetider, og termen "pengene følger patienten" introduceret. Hermed bliver patienten gjort til en indirekte ressource, som der kan spekuleres i. Fritvalgstanken bliver ud fra en økonomisk logik anskuet som en mulighed for at udnytte markedskræfternes spil og indbyggede regulering af sundhedssektorens ressourceforbrug. På dette tidspunkt bliver indførelse af maksimale ventetider også italesat som et middel til effektivisering og bedre ressourceudnyttelse. Tilsvarende bringes muligheden for at samle specialer og ekspertise på færre matrikler ind som en rationel måde at sikre bedre økonomisk drift på.

DRG's underliggende argumentation som et middel mod forebyggelse af kassetænkning anvendes i 2002 også som en facilitator til at øge fleksibilitet internt i det offentlige sundhedsvæsen.

På dette tidspunkt peges imidlertid også på et andet ressourcemæssigt problem, nemlig manglen på personale i sundhedssystemet. Med indførelse af den generelle behandlingsgaranti i 2002 følger der, som tidligere nævnt, en merbevilling på 1,5 mia. Dette beløb er dog alene tænkt som en belønning for øget effektivitet til de afdelinger, der formår at udvide sin produktion af først og fremmest planlagte opera-

tioner. Derimod er der ikke tænkt fastholdelse og rekruttering af hospitalspersonale ind i anvendelsen af disse midler. Eksplicit udløser meraktivitetspuljen politisk og faglig bekymring i forhold til, at ordningen vil kunne resultere i spekulation og nedprioritering af medicinske afdelinger og andre svage og mindre profilerede områder. Knappe personaleressourcer og angst for personaleflugt til private hospitaler er således fortsat en væsentlig del af det offentlige hospitalsvæsens dagsorden i 2002 trods meraktivitetspuljen.

En-månedersgarantien i 2007 adskiller sig fra garantien i 2002, i og med at der denne gang ikke bindes ekstra økonomiske ressourcer til. Derimod forventes det, at et evt. øget ressourcebehov alene vil kunne dækkes gennem yderligere effektivisering via indførelse af forskellige styringsteknologiske redskaber. Og at såfremt det offentlige sygehusvæsen ikke er i stand til at honorere en sådan effektivisering, vil opgavevaretagelsen i stigende grad overgå til private hospitaler.

Sammenfatning

De fire ovenfor beskrevne programmer, repræsenterer hver i sær underliggende styringsmæssige paradigmeskift, som kan ses udtryk for en managementtankegang, der ikke alene påvirker sundhedssystemet, men også den generelle udvikling i det danske velfærdssamfund.

Syntese

Velfærdsstatens polykontekstualitet

I takt med velfærdsstatens fremkomst har den offentlige forvaltning på mange måder gennemgået betydelige forandringer.

I perioden efter anden verdenskrig blev der lagt fokus på at stabilisere samfundets retslige forhold. Samtidig udbyggede man en omfattende offentlig forvaltning til varetagelse af almen regulering, planlægning og budgetlægning.

I næste fase af velfærdsstatens udvikling blev indsatsen lagt på udvidelse af rettigheder og involvering i borgernes privatsfære. Sideløbende blev involvering af specialviden og nye teknologier bragt ind som forudsætning for politisk beslutning og regulering. Udviklingen betød, at der opstod en stigende gensidig afhængighed mellem de enkelte systemer, som førte til stigende decentralisering på bl.a. sundheds- og forskningsområdet.

Efterfølgende har en lang række moderniserings- og effektiviseringstiltag over for den offentlige sektor som følge af 1980'ernes økonomiske opbremsning og planøkonomiske tilgang og senere stærke fokus på økonomiske styringsteknologier, outputstyring og konkurrence forstærket tendensen til økonomisk og indholdsmæssig differentiering af den danske velfærdsstat.

Udviklingen af den danske velfærdsstat, som den fremtræder i dag, kan således karakteriseres som et politisk projekt, hvor man gradvist udvidede det økonomiske råderum igennem de første mange år. I midten af 70'erne brød økonomien imidlertid sammen, sideløbende med at specialiseringen vandt ind i de enkelte sektorer. Reguleringsstaten blev gradvist ændret til en managementstat, hvor grænsedragningen mellem stat og samfund er blevet ændret og utydeliggjort. Baseret på NPM-ideer og andre styringsmæssige tiltag, indgår den offentlige sektor nu bl.a. på sundhedsområdet i samarbejdsrelationer og samarbejdsaftaler med hel- og halvprivate organisationer.

På baggrund af ovenstående udvikling er det blevet tiltagende svært at opretholde et klart skel mellem stat og samfund. Faglig ekspertise inddrages i stigende omfang i politiske beslutningsprocesser og får hermed stigende betydning uafhængigt af, om denne ekspertise er forankret i den offentlige eller private sektor. I takt med genspecialiseringen indenfor samfundets enkelte systemer øges polykontekstualiteten. De enkelte systemer kæmper til stadighed om magten, og deres indbyrdes styrke-

forhold får hver især, i en heterakisk struktur, betydning for samfundets videre udvikling. Med behandlingsgarantien som strukturel kobling har vi således set, hvorledes sundhedsvæsenet som polyfon organisation, og som følge af en stigende specialisering har måttet agere og ændre focus afhængig af den tidsmæssige udvikling af de enkelte logikkers skiftende dominans og måden, hvorpå deres programmer har udviklet sig over tid.

Kommunikation

I henhold til Niklas Luhmann består samfundet alene af kommunikation. De semantiske udtryk er i evig drift og aldrig stabile, og kommunikationen i det enkelte system kan blive så specialiseret, at det bliver meningsløst for andre. Resultatet kan i yderste led derfor blive, at fx politiske beslutninger blive truffet, uden at konsekvenser eller baggrunden herfor reelt er kendt. Hvad politik, jura, økonomi og videnskab er, kan altså kun analyseres gennem en konstruktivistisk kommunikativ linse, der ser på, hvordan systemerne forholder sig til deres koder, og hvordan de producerer beslutninger omkring disse. Hermed defineres deres kvalitative styrke og svaghed. Det betyder, at vi reelt ikke ved, hvad politik egentlig er, og gør derfor ændringer og usikkerhed til vitale aspekter i samfundet. Politiske beslutninger træffes således ikke på grundlag af fælles enighed men ud fra et semantisk valg, som hvert kommunikativt delsystem lægger sin egen forståelse ind i.

Politik skal derfor ses igennem dens emergering via andre funktionelle delsystemer, hvor strukturelle koblinger, som fx behandlingsgarantien, skaber en arena, hvori de enkelte logikker og deres programmer kan agere (Sand, 2007:1). De enkelte delsystemer øver således gennem gensidig irritation indflydelse på beslutningsgrundlaget, og medvirker til at konstituere betydningen af beslutningens objekt - i dette tilfælde behandlingsgarantien. Som legitimerende faktor ved fremsættelse af lovforslag om frit sygehusvalg blev intimsfærens semantik omkring utryghed og angst i forbindelse med ventetid på undersøgelse og behandling bragt ind i debatten. Efterfølgende har de enkelte logikker optaget nye begreber, som de behandler ud fra deres egen selv-referentialitet. Fra én logiks synsvinkel vil frit sygehusvalg ses som et middel til bedre ressource udnyttelse og hvor pengene følger patienten. Fra en anden, som det enkelte individs ret til frit at vælge ud fra individuelle behov.

Funktionelle delsystemer

De enkelte funktionssystemer udvikles kognitivt åbne men operativt autonome og parallelt, og påvirker hinanden gennem strukturelle koblinger uden et styrende cen-

trum. Kommunikationen udvikles altså selvreferentielt og forskelligt for siden at blive kombineret med andre systemer gennem kontingente og uventede veje. Da det moderne imidlertid er kendetegnet ved komplekse interaktioner og afhængighed mellem politik, jura og informationen fra de øvrige systemer, bliver det stadig vanskeligere at afgøre, om en beslutning er baseret på et juridisk eller et politisk grundlag, eller snarere henter sin inspiration fra helt andre rationaler eller koder. Det betyder således også, at det bliver uklart, hvorvidt beslutninger om at flytte ressourcer fra offentligt til privat regi bliver taget ud fra et politisk, et økonomisk, et juridisk eller medmenneskeligt rationale.

Ved at anskue offentlig styring som interaktioner mellem adskillige kommunikationssystemer, og ikke blot se på staten i sig selv, kan staten således betragtes som et funktionelt differentieret system uden fast centrum (Sand, 2007:2). Politik og økonomi er ikke længere en samlet enhed, men i stedet dele af interaktioner omkring strukturelle koblinger. Ved at anskue statens handlinger som politiske, retslige, økonomiske eller videnskabelige bliver flere aspekter synlige. Statens initiativer bliver dekonstrueret, og de forskellige kommunikative, konfliktende rationaler og relationer træder frem.

I en institutionel tilgang har vi kunnet beskrive, hvorledes behandlingsgarantien igennem en incremental proces fra sin første italesættelse i 1993 og frem til i dag er blevet ikklædt sin nuværende fremtoning. I henhold til Luhmanns teori om funktionel differentiering af udviklede komplekse samfund har vi i vores analyse kunne identificere en række delsystemers selvreferentielle kommunikation omkring deres egne binære koder, med behandlingsgarantien som strukturel kobling. Med skiftende dominans har vi således set intimitetssystemet, retssystemet, det politiske system, det økonomiske system og sundhedssystemet veksle diskontinuerligt igennem perioden. Vi har herigennem forsøgt at lukke den sorte boks op mhp at dekonstruere den ikklædning, som behandlingsgarantien i dag har fået, og set, hvordan de forskellige logikker hver især har haft deres måde at italesætte løsninger omkring ventetidsproblematikken på.

Politik, beslutning og risiko

Det politiske system fungerer ud fra handlinger og arbejder både selvreferentielt og eksternt refererende med subjektgørelse af omgivelserne. Eksternt har det politiske system kontrollerende kompetencer, der gennem valg forsøger at reducere risiko, og hvor beslutninger i den eksterne kontekst er lig med succes. Omgivelserne for-

venter således, at folketinget tager problemstillinger op og laver beslutninger i forhold til disse. Internt åbner valg imidlertid for nye politiske risici. En række politiske beslutninger vil da også vise sig politiske opportune uden efterfølgende at være det i en økonomisk eller faglig kontekst. Det ses fx i beslutningen om at reducere behandlingsgarantien til en måned uden at forholde sig til de økonomiske konsekvenser, det vil få for det offentlige sygehusvæsen eller de rekrutteringsproblemer, som er så fremherskende i sektoren.

Beslutninger rettes mod fremtiden, og kan karakteriseres som kontingente, komplekse, irrationelle og usikre. Den væsentlige udfordring er derfor at træffe beslutninger, men ikke nødvendigvis at kende de relaterede områder ned i mindste detalje. Den øgede viden og kompetence i velfærdsstaten tilføjer et ukontrollabelt maskineri hen imod yderligere risiko, hvor beslutninger tages uden at konsekvenser kendes. Beslutninger må derfor løbende ændres i forhold til viden, tid, relation og sted, hvor reguleringen flyttes fra tidligere tiders erfaring til fremtid og usikre konsekvenser, og hvor etik ofte bringes ind som et centralt emne i forhold til drøftelse af risiko.

Politikere er derfor også forsvarsløse overfor krav om forudseendehed, og må leve med, at konsekvenser af politiske beslutninger først vil fremstå siden hen. Man erfarer på baggrund af beslutninger og foretager løbende korrektioner. Rationalitet i politisk forståelse er derfor at afveje risiko ved beslutning op mod eventuelle bieffekter i form af protester og vælger tilslutning/ikke tilslutning, som en beslutning vil medføre. Grundlaget for politiske beslutninger baseres sig altså først og fremmest på spørgsmål om tid, muligheder og intuition.

I løbet af vores analyseperiode har vi således set, hvorledes behandlingsgarantien som følge af at løbende politiske beslutninger har ændret karakter fra alene at være et tilbud om frit valg mellem amtsligt drevne hospitaler til i dag, hvor behandlingsgarantien rummer en mulighed for med offentlige midler at søge over i det private regi i de tilfælde, hvor behandling ikke kan tilbydes indenfor en måned.

Sideløbende har der i samme tidsrum udspundet sig en række politisk/juridiske initiativer med henblik på yderligere at facilitere behandlingsgarantien. Det drejer sig fx om indførelsen af DRG-systemet, som fremmer muligheden for, at pengene kan følge patienten fra hospital til hospital og fra sektor til sektor, og indførelse af lov om patientinformation, hvis vedtagelse har øget muligheden for det frie valgs reelle udmøntning gennem oplysning om rettigheder til den brede befolkning.

Kombination af kontingens, nedsat viden, forholdsvis stabile institutioner, magt og legitimitet gør politiske beslutninger vitale og flygtige på samme tid. Sociale ændringer sker altså både pga intern refleksion i de enkelte systemer og via komplekse kommunikationer mellem systemerne. Altså ikke pga rationel intention, men som følge af kommunikativ differentiering på en dynamisk baggrund af polykontekstualitet/kontingens og kontinuitet/diskontinuitet. Politik og ret går hen og bliver beslutningsmaskiner, der efterfølgende via sine beslutninger "eksporterer" eller fordeler risikoen ud til andre delsystemer. Som vores analyse har vist, bliver ventetid da også italesat som et problem i det politiske system, et politisk problem som for politikerne er et ydre kendetegn på mangler i systemet, og som man fra politisk side beslutter sig for at komme af med. Efterfølgende bliver det så sundhedssystemet, der via hospitalejerne overtager problemet og risikoen med at løse ventetidsproblemet via effektivisering og nedskæring på rengøring og vedligeholdelse af bygninger.

At vælge det optimale tidspunkt for handling, er også et valg i sig selv - og derfor forbundet med risiko. Tid er altså i sig selv en faktor, som skal ind i beslutningsovervejelserne, og hvor tidspres i sig selv kan være et argument for at træffe beslutning. Som vores analyse har vist, arbejder det politiske system da også i tidsperioder og fordeler typisk risikoen for uheldige udfald til andre systemer gennem heterakisk opbyggede strukturelle koblinger. Det gælder først og fremmest det økonomiske og det juridiske system. Vi ser således i forhold til behandlingsgarantiens diskontinuerte iklædning omkring vores analyses nedslagspunkter og i vores nutidsanalyse, at behandlingsgarantien gradvist iklædes det økonomiske systems koder. Patienter bliver til varer, hospitaler skal konkurrere og patienterne "shoppe" mellem de enkelte hospitaler for at vælge det bedste behandlingstilbud. Den lægelige logik presses ud af ledelserne og den lægevidenskabelige kommunikation flyttes over i centralt fastsatte forordninger og beskrivelser, af mere eller mindre juridisk karakter.

Som vi har set i vores analyse af diskussionerne og lovforslagene omkring frit sygehus valg og behandlingsgarantier, argumenteres for det frie valgs succes ved, at 80.000 borgere har benyttet sig af frit valgs ordningen fra 2002. Ordningen tolkes således at have gjort hospitalerne mere konkurrenceorienterede. Med dette argument vedtages efterfølgende en yderligere nedsættelse af ventetiden til en måned, men modsat tidligere uden merbevilling til dækning af det øgede behov, som en sådan garanti vil medføre i det offentlige regi. Således skabes en politisk risiko, som flyttes over i det økonomiske og faglige system, hvor manglende overholdelse af behandlingsgarantien vil udløse en pengestrøm fra offentligt til privat regi. Vel at mærke

uden at man i samme grad har offentlig mulighed for at kontrollere udgifter og risiko for "overbehandling" af patienter, som søger over i det private.

Afrunding

Med udspring i intimitetssystemets semantik har vi set, hvorledes koden frie valg/ikke frie valg over tid er blevet absorberet og i en selvreferentiel proces blevet omformet i de politisk/administrative og økonomiske logikkers semantikker. Sundhedsydelser bliver markedsgjort og udbudt i frit valg. Pengene følger patienten i et intenderet frit sundhedsmarked på trods af at dette på ingen måde har karakter af et reelt og naturligt frit marked. Den tiltagende differentiering af systemerne omkring koblingen behandlingsgaranti fører da også over i en regulering som sker på grundlag af en politisk/administrative kode.

Konklusion

Paradigmeskift 1993 - 2007

Med en systemteoretisk tilgang har vi forsøgt at dekonstruere og give en forståelsesmæssig ramme for de beslutningsprocesser, som over tid har været med til at italesætte behandlingsgarantien, som den i dag træder frem. Vi har set, hvorledes hvert enkelt delsystem selvreferentielt og på hver sin måde har forsøgt at italesætte deres bud på, hvordan de politiske beslutninger om behandlingsgarantier skal føres ud i livet.

Som et centralt omdrejningspunkt, har vi set, at individualiseringen, ikklædt en liberal økonomisk semantik om frie borgere og frie valg til sundhedsydelser, er trængt ind i de enkelte delsystemer og blevet et grundvilkår for samfundets videre udvikling. Iklædningen sker i kraft af en række programmer i form af privatisering, markedsgørelse og maksimal ressourceudnyttelse. Disse indikerer et skift over imod en meta-styring, som i alt væsentlighed kan ses som en NPM tankegang.

I spillet mellem denne styringsteknologi og individualiseringen, ser vi en række glidende paradigmeskift med konsekvens for den danske velfærdsmodel.

Muligheden for national sundhedsfaglig styring sættes under pres i takt med, at de frie økonomiske kræfter sættes fri, ligesom muligheden for nationale beslutninger af faglig og etisk karakter udhules som følge af øget international transport af sundhedsydelser på tværs af landegrænser. Hermed ændres præmisserne også for, hvordan der prioriteres mellem de patienter, som skal tilbydes behandling. Ventetider, som tidligere var begrundet i faglige forhold, baseres nu på generelle ordninger, hvor alvorlige kræft og hjerte-kar sygdomme sidestilles med behandling af slidgigt og andre ikke livstruende sygdomme.

Den politiske risiko, som en-måneders behandlingsgarantien er forbundet med, sendes via det økonomiske system videre til det faglige uden sikker viden om, hvordan det videre forløb af behandlingsgarantiens overholdelse vil udfolde sig. Det er usikkert, om det offentlige fortsat kan fastholde sin aktivitet, sine ressourcer og sit personale, eller om den private sektor vil udføre de mest lukrative behandlinger og gennem bedre lønninger tiltrække sig det bedst kvalificerede personale. I så fald lades det offentlige tilbage med den rest af tunge og svære behandlinger, som der ud fra en markedsmæssig logik ingen ressourcemæssig tilskyndelse er til at udføre.

Lægestandens magt har igennem mange år været et lukket rum, hvor koblingen mellem videnssystemet og behandlingssystemet hidtil har sikret lægerne legitimitet. Analysen viser, at denne legitimitet er kommet under stigende pres. En medvirkende årsag hertil har været en ringe eller manglende faglig indsats i forhold til imøde-

kommelsen af individualiseringens krav om sikring af behandling for den enkelte konkretiseret i nedbringelse af ventetider. Prioriteringer generelt i sundhedsvæsenet har tidligere været foretaget ud fra lægefaglige kriterier, men med individualiseringen som baggrund, udfordres disse bl.a. af det enkelte individs økonomiske kapacitet og evne til at stille krav. Dette skaber behov for regulering, hvorfor den politisk/administrative logik i højere og højere grad præger beslutningstagningen i forhold til sundhedsvæsenet.

Det frie valg har installeret det private sundhedsudbud som en legal del af de offentligt finansierede sundhedsydelser. Den private sektor italesættes således i stigende grad som en overtryksventil, som kan overtage i tilfælde, hvor det offentlige ikke kan overholde ventetidsgarantierne, og skellet mellem den offentlige og private sundhedssektor er blevet gjort mindre synlig.

Velfærdsstaten har hidtil været baseret på den universelle (skandinaviske) model, hvor velfærdsydelser har været stillet gratis til rådighed for borgerne ud fra et behovskriterium og uafhængig af indkomst eller skattebetaling. Den ens og lige tilgang til bl.a. hospitalsbehandling, ældre omsorg og skolegang har været det kognitive fundament, hvorpå opbakningen til velfærdsstatens hidtil har bygget. Som ovenstående imidlertid har vist, er der i perioden sket et paradigmeskift, hvor individualismen har vundet frem overfor universalismen. Et paradigmeskift, hvor den solidariske velfærdsmodel paradoksalt nok udfordres af individualiseringens almengørelse, der kræver, at velfærdsstaten stiller en bred vifte af muligheder og rettigheder til rådighed for den enkelte borger. Paradigmeskiftet kommer til at fremstå som en faktor, der øger risikoen for social ulighed i samfundet.

På baggrund af individualiseringen ser vi altså en udvikling, der har potentiale til at dreje den nuværende universelle velfærdsmodel hen imod en mere kontinental inspireret model, hvor forsikringer, egenbetaling og større individuelle forskelle i sundhedsbehandlingen danner baggrunden for velfærdssamfundets indretning.

Refleksion

Denne afhandling tager sit teoretiske afsæt i konstruktivistisk tænkning og bygger derfor på den antagelse, at virkeligheden er en social konstruktion, inden for hvilken universel sandhed eller fuldstændig viden ikke findes.

Valget af analysestrategi, teori og empiri skaber grundlag for en bestemt indsigt, men afskærer os samtidig fra at opnå andre indsigter. Selektionen konstruerer dermed på en gang både de mulige og umulige indsigter.

For at bibringe os viden om, hvad det er vi ikke ser, må vi iagttage os selv som iagttagere.

Om analysestrategiens blindhed

Når man vælger at se på en given problemstilling via en analysestrategi, svarer det i overført betydning til at se gennem en kikkert. Man stiller skarpt på en given plet, men afskærer sig selv fra at se ud over kikkertens rand.

En given analysestrategi giver dermed en ydre blindhed i forhold til både problemfelt og iagttagelsesperspektiv.

Problemfeltet er afgrænset til en overordnet vurdering af behandlingsgarantiens emergering og forståelse, hvilket i samme moment afskærer os fra at se på andre sider af behandlingsgarantiens betydning, fx for organisering af det enkelte hospital eller dens indflydelse på den enkelte patients behandlingsforløb.

Iagttagelsesperspektivet afgrænser problemfeltet yderligere, idet valget af teorier, hvormed vi undersøger behandlingsgarantien, kun sætter os i stand til at iagttage et bestemt udsnit af det allerede afgrænsede problemfelt, nemlig det udsnit, hvor i de valgte teorierne udtalekraft. I denne afhandling har vi valgt at analysere problemstillingen ud fra henholdsvis et institutionelt og et systemteoretisk perspektiv. Analysen har derfor ingen udtalekraft i relation til andre mulige fortællinger om behandlingsgarantiens opståen eller udtryk. Havde vi valgt, at undersøge behandlingsgarantiens emergering og forståelse ved hjælp af fx en diskursanalyse, havde vi opnået andre indsigter.

Om teoriernes blindhed

En analyse af en bestemt problemstilling ved hjælp af et givent teoretisk apparat kan kun udtale sig i forhold til det teoretiske apparats begreber og forståelser. Dette in-

stallerer en blindhed i analysen, idet teorierne spiller tilbage på problemstillingen og definerer, hvordan vi kan se på problemstillingen som problem.

Vores konkrete teorivalg giver os en indre blindhed på mindst to forskellige måder.

For det første konstruerer vi behandlingsgarantien som en strukturel kobling mellem kommunikationssystemer, når vi undersøger behandlingsgarantien i et systemteoretisk lys. Ved at begribe behandlingsgarantien som en strukturel kobling, gør vi os på sin vis blinde for analysestrategiens indre væsentlighed. Med en let omskrivning af biblens ord kan det udtrykkes som: "Søg, og du vil finde". At teorien virker som analyseapparat og har beskrivelseskraft garanterer ikke, at den også er den mest relevante eller den med den største beskrivelseskraft.

For det andet skaber analysestrategiens teoretiske apparat det sprog, hvor i vi kan beskrive problemet. Det svarer lidt til ordsproget "for den blinde er alt sort". De enkelte teories beskrivelseskraft har en indre svaghed i forhold til deres begrebsapparats endelighed eller grænse. Svarende til den blindes manglende forståelser for farver er vi blinde for vore teories manglende indre beskrivelseskraft. Vi kan med andre ord ikke se, hvad vi ikke har benævnelse for qua vores teoriapparat. Dette begrænser vores mulighed for indsigter i problemfeltet.

På trods af at systemteorien ligeledes er begrænset af begrebsapparatets endelighed, skiller systemteorien sig i vores optik ud ved at stille et begrebsapparat til rådighed, som kan bruges til at dechifrere komplekse samfundsmæssige sammenhænge og beslutninger i detaljerede bestanddele og anskueliggøre disses indbyrdes relationer på et niveau, som ved anvendelse af andre teorier ofte forbliver en black-box. Systemteorien har en indbygget heterakisk tilgang, hvor ingen relationer på forhånd er givet eller determineret af teoriapparatets antagelser. Derfor giver systemteorien mulighed for at reducere polykontekstualitetens kompleksitet til overskuelige og ikke på forhånd givne sammenhænge. Den giver i denne sammenhæng mulighed for at se, hvilke delkomponenter, der ligger til grund for behandlingsgarantiens endelige udformning.

Om empirien blindhed

Empirien er det grundstof, som stilles til rådighed for analysen. Ingen analyse bliver bedre, end hvad det empiriske materiale tillader.

Det empiriske materiale har indbygget blindhederne relevans og fuldkommenhed.

Empirien skal have relevans i forhold til den problemstilling, man ønsker at undersøge, eller sagt på en anden måde, problemstillingen determineres af empiriens udvælgelse. Empiriens relevans defineres i sammenhæng med valg af analysestrategi og teori.

Ønsker man, som i denne afhandling at undersøge folketingets konstituering af begrebet behandlingsgaranti, skal empirien omhandle dette og ikke noget helt tredje. Men mere konstituerende for opgaven er selve udvælgelsen af den empiriske tilgang til folketinget. Skal man fx som her vælge folketingets forhandlinger som empirisk udgangspunkt, eller skal man interviewe folketingets medlemmer. En tredje mulighed kunne være at undersøge, hvordan regering og det administrative apparatet konstituerer beslutningsgrundlaget for lovforslag og dermed de diskussioner, der kan tages i folketinget. Den fortælling, der fortælles, er afhængig af hvilket empirisk grundlag, man har valgt.

Empirien skal have tilstrækkelig fuldkommenhed til at stille en konsistent baggrund for analysen. Udvælgelsen af empirimængden er således også med til at skabe analysen. Det er evident, at når man har valgt at analysere folketingsdebatterne med forbindelse til lovændringer vedrørende behandlingsgaranti, skal debatter, der specifikt medfører ændringer i behandlingsgarantien, medtages i det empiriske grundlag. Problemet er at afgrænse, hvilke andre lovvedtagelser og beslutningsforslag fra oppositionen, der for fuldstændighedens skyld yderligere skal inddrages.

Perspektivering

Behandlingsgarantien har med dens afsæt i individualisering i form af frie valg sat en proces i gang, som på væsentlige områder ændrer i mulighederne for styringen af det danske sundhedsvæsen.

Der er således opstået en åbenlys risiko for, at individualiseringen, den teknologiske udvikling og de ændrede økonomiske incitamentsstrukturer vil øge efterspørgslen på sundhedsydelser i et omfang, hvor styringen af det danske sundhedsvæsen reelt kommer ud af politisk og økonomisk kontrol.

De frie markedskræfter tager over og involverer i stigende grad et privat sundhedsmarked i ind- og udland. Globaliseringen kan medføre en stigende "transport" af sundhedsydelser på tværs af landegrænser, hvor valg af og tilbud om behandling i mindre og mindre grad baseres på stringent faglige kriterier for i stedet at tage udgangspunkt i individuelle ønsker og økonomisk formåen. Det frie valg giver økonomisk velfunderede patienter med sundhedsforsikringer og højt informationsniveau mulighed for at shoppe imellem sundhedsydelser, blive tilbudt mere specialiserede behandlinger og springe køerne over. Med markedskræfters friere spil opstår der derfor risiko for stigende social ulighed på sundhedsområdet.

I takt med en stadig hurtigere teknologisk og medicinsk udvikling bliver det muligt at tilbyde nye, men ofte meget dyre behandlinger, som det faglige system vil "markedsføre", uden at det politiske system har mulighed for at gribe regulerende ind. Økonomiske incitamenter vil også komme til at spille en stigende rolle i fastlæggelsen af behandlingsindikationer, som det allerede ses indenfor fx ryg- og fedmekirurgi. Lettjente penge har øget antallet af indgreb i det private regi langt ud over, hvad faglige argumenter retfærdiggør.

Fritvalgsordninger og ventetidsgarantier introducerer således et paradigmeskifte i forhold til, hvorledes sundhedsydelser stilles til rådighed for borgerne, og må på sigt forventes at spille tilbage på den enkeltes opfattelse af og forventning til sundhedssystemet. Udviklingen omkring behandlingsgarantiens elementer af frit valg rører således ved en af den danske velfærdssats vigtigste bastioner, nemlig opfattelsen af det offentlige sundhedssystem som garant og leverandør af sundhedsydelser, der universelt lever op til højeste standard, og som alene tilbydes befolkningen ud fra behovskriterier uden skelnen til økonomisk formåen.

Når individualisering, udtrykt gennem frit valg, bliver et grundvilkår, hvorfor får borgeren så ikke mulighed for at tilkøbe sig bedre pleje og behandling, hvis han har råd?

Hvis sygehusene med udgangspunkt i takststyring og konkurrence skal differentiere og placere sig strategisk i forhold til patientstrømmene, hvad er så egentlig forskellen i at have en offentlig sygehusejer og en privat? Når man i skattesystemet installerer en skat på otte pct til sundhedssystemet, hvilket argument vil der så være imod at lave en reel forsikringsordning? Med en fritvalgsordning, som løbende er blevet udvidet, hvor er så begrundelsen for ikke gøre den ultimativ, med ret til frit valg fra første dag, og på tværs af landegrænser? Og hvorfor begrænse det frie valg til kun at omfatte de privatsygehuse, som det offentlige på forhånd har aftale med?

Vi ser en parallel udvikling i forhold til individualisering på andre store velfærdsområder. På undervisningsområdet er der indført individuelle læringsplaner. Der kræves en høj grad af individuel hensyntagen, hvor undervisningen i højere grad tilrettelægges for den enkelte. Der er indført frit skolevalg og studerende har mulighed for på statens regning at gennemføre uddannelse i udlandet. Det har skabt en konkurrencesituation blandt uddannelsesinstitutionerne ikke alene på landsplan, men også globalt. På ældreområdet er tilvalgsordninger i forhold til hjemmepleje, madordninger og andre omsorgsmæssige ydelser udviklet i et sådant omfang, at behovskriteriet i forhold til den enkelte borgers ret til frie valg på mange måder kommer i anden række.

Individualisering er således trængt dybt ind i velfærdsstatens semantik og opfattes i dag som en underliggende præmis for den videre samfundsudvikling. Ideen om den frie borger og de frie valg har således sat princippet om den universalistiske skandinaviske velfærdsmodel, hvor ydelser tildeles efter behov og uden skelen til økonomisk formåen, under pres. Der er meget, der tyder på, at vi i individualiseringens hellige navn er på vej væk fra den skandinaviske velfærdsmodel, som vi kender den i dag, og over imod en model, der efter kontinentalt princip i stigende grad baserer tildelingen af velfærdsydelser på forsikringer og brugerbetaling.

Kilder

Teori

Bates, R. H., Greif, A., Levi, M., Rosenthal, J.-L., & Weingast, B. (1998). *Analytic Narratives*. Princeton: Princeton University Press.

Campbell, J. L. (2004). *Institutionel forandring og globalisering*. Akademisk forlag.

DiMaggio, P. J., & Powell, W. W. (1983). The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields. *American Sociological Review*, S. 48:147-160.

Hall, P. A. (1996). Political Science and the Three New Institutionalisms. *Political Studies*, S. 44:936-957.

Højlund, H., & La Cour, A. (2005). Strukturelle koblinger. *WP 15/2005*. København: CBS.

Jepperson, R. I. (1991). Institutions, Institutional Effects, and Institutionalism. In W. W. Powell, *The New Institutionalism in Organizational Analysis* (S. 143-163). Chicago: University of Chicago Press.

Kneer, G., & Nassehi, A. (2006). *Niklas Luhmann - introduktion til teorien om sociale systemer*. København: Reitzel.

Kvale, S. (1997). *InterWiev. En introduktion til det kvalitative forskningsinterview*. København: Hans Reitzels Forlag.

Luhmann, N. (1992). *Beobachtungen der Moderne*. Opladen.

Luhmann, N. (1993). *Das Recht der Gesellschaft*. Frankfurt: Shurkamp.

Luhmann, N. (2003). *Iagttagelse og Paradoks. Essays om autopoietiske systemer*. København: Gyldendal.

Luhmann, N. (1993). *Risk: A Sociological Theory*. New York: Aldine de Gruyter.

Luhmann, N. (2000). *Sociale systemer*. København: Hans Reitzels Forlag.

Meyer, J. W., & Rowan, B. (1977). Institutionalized Organizations: Formal Structure ad Myth and Ceremony. *American Journal of Sociology*, S. 83: 340-363.

- North, D. C. (1990). *Institutions, Institutional Change and Economic Performance*. New York: Cambridge University Press.
- Olsen, H. (2002). *Kvalitative kvaler - Kvalitative metoder og danske kvalitative interviewundersøgelers kvalitet*. København: Akademisk forlag A/S.
- Raffnsøe, S., Nielsen, L., Møller, V., & Hammershøj, L. G. (2004). *Programbeskrivelse for Forskningsprogrammet Socialanalytisk Samtidsdiagnose*. København.
- Sand, I.-J. (2000). Niklas Luhmann: Makt og kommunikasjon. In I. B. Neumann, *Magtens strategier*. Oslo: Pax forlag a/s.
- Sand, I.-J. (2007:1). *Law and politics - in a time of war, multi-culturalism and global change: Communicative complexity, fragmentation or loss of context*.
- Sand, I.-J. (2007:2). *The Construction of the European Union and European Law as Examples of the Twin Conditions of Continuity and Discontinuity in Politico-Legal Institutions - the Case of the Construction of the Boundaries of the Market*.
- Scott, W. R. (2001). *Institutions and Organizations*. Thousand Oaks: Sage.
- Sløk, C. (1999). *Religionskritikkens ophør - set i lyset af Niklas Luhmann*. Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag.
- Suchman, M. C. (1995). Managing Legitimacy: Strategic and Institutional Approaches. *Academy of Management Review* , 20 (3), S. 571-610.
- Thelen K, S. S. (1999). *Historical institutionalism in comparative politics*.
- Åkerstrøm Andersen, N. (1999). *Diskursive analysestrategier*. København: Nyt fra Samfundsvidenskaberne.
- Åkerstrøm Andersen, N. (2005). *Medarbejderens pædagogisering*. København.
- Åkerstrøm Andersen, N. (2003). Polyphonic organisations. In T. Ballen, & T. Hernes, *Autopoietic Organization Theory*. København.

Interviews

- Fisker, J. (oktober 2007). Direktør Sundhedstyrelsen. (F. Rønholt, H. M. Jensen, & P. L. Johansen, Interviewer)
- Gøtrik, J. K. (oktober 2007). Tidl. Medicinaldirektør. (F. Rønholt, H. M. Jensen, & P. L. Johansen, Interviewer)

Hansen, B. (oktober 2007). Formand Danske Regioner. (F. Rønholt, H. M. Jensen, & P. L. Johansen, Interviewer)

Rolighed, A. (oktober 2007). Direktør Kræftens Bekæmpelse. (F. Rønholt, H. M. Jensen, & P. L. Johansen, Interviewer)

Skawbo-Jensen, K. (oktober 2007). Tidl. formand Patientforeningen. (F. Rønholt, H. M. Jensen, & P. L. Johansen, Interviewer)

Vestløv, P. M. (oktober 2007). Overlæge. (F. Rønholt, H. M. Jensen, & P. L. Johansen, Interviewer)

Folketingsforhandlinger

Barfod, L. (6. februar 2002). Folketingets forhandlinger. *Lovforslag L 64: Forhøjelse af fritvalgsrammer, statslige tilskud til sygehusformål og frit valg til private sygehuse.*

Benke, T. (9. december 1998). Folketingets forhandlinger. *Første behandling af lovforslag nr. L132: Behandling af livstruende sygdomme.*

Bergenholtz Bautrup, J. (6. februar 2002). Folketingets forhandlinger. *Lovforslag L 64: Forhøjelse af fritvalgsrammer, statslige tilskud til sygehusformål og frit valg til private sygehuse.*

Baastруп, A. (8. november 2006). Folketinget forhandlinger. *Lovforslag L 50: 1 måneds behandlingsfrist.*

Christensen, K. (28. oktober 1992). Folketingets forhandlinger. *Førstebehandling af lovforslag nr. L 49.*

Clausen, P. (8. november 2006). Folketingets forhandlinger. *Lovforslag L 50: 1 måneds behandlingsfrist.*

Dybkjær, L. (28. oktober 1992). Folketingets forhandlinger. *Førstebehandling af lovforslag nr. L 49.*

Fischer, C. (8. november 2006). Folketingets forhandlinger. *Lovforslag L 50: 1 måneds behandlingsfrist.*

Garsdal, L. (6. februar 2002). Folketingets forhandlinger. *Lovforslag L 64: Forhøjelse af fritvalgsrammer, statslige tilskud til sygehusformål og frit valg til private sygehuse.*

Holmberg, L. N. (28. oktober 1992). Folketingets forhandlinger. *Førstebehandling af lovforslag nr. L 49.*

Jensen, K. H. (28. oktober 1992). Folketingets forhandlinger. *Førstebehandling af lovforslag nr. L 49.*

Jepsen, S. D. (28. november 2001). Frit sygehusvalg knap så frit. *Berlingske Tidende*, S. 9.

Jespersen, J. (9. december 1998). Folketingets forhandlinger. *Første behandling af lovforslag nr. L132: Behandling af livstruende sygdomme.*

Josefsen, B. (8. november 2006). Folketingets forhandlinger. *Lovforslag L 50: 1 måneds behandlingsfrist.*

Khader, N. (6. februar 2002). Folketingets forhandlinger. *Lovforslag L 64: Forhøjelse af fritvalgsrammer, statslige tilskud til sygehusformål og frit valg til private sygehuse.*

Kjær, H. (9. december 1998). Folketingets forhandlinger. *Første behandling af lovforslag nr. L132: Behandling af livstruende sygdomme.*

Koch, K. (9. december 1998). Folketingets forhandlinger. *Første behandling af lovforslag nr. L132: Behandling af livstruende sygdomme.*

Kongsted, G. (9. december 1998). Folketingets forhandlinger. *Første behandling af lovforslag nr. L132: Behandling af livstruende sygdomme.*

Lindbo Larsen, T. (28. oktober 1992). Folketingets forhandlinger. *Førstebehandling af lovforslag nr. L 49.*

Løkke Rasmussen, L. (6. februar 2002). Folketingets forhandlinger. *Lovforslag L 64: Forhøjelse af fritvalgsrammer, statslige tilskud til sygehusformål og frit valg til private sygehuse.*

Løkke Rasmussen, L. (8. november 2006). Folketingets forhandlinger. *Lovforslag L 50: 1 måneds behandlingsfrist.*

Meldgaard, A.-M. (9. december 1998). Folketingets forhandlinger. *Første behandling af lovforslag nr. L132: Behandling af livstruende sygdomme.*

Petersen, H. (9. december 1998). Folketingets forhandlinger. *Første behandling af lovforslag nr. L132: Behandling af livstruende sygdomme.*

Refshauge, I. (9. december 1998). Folketingets forhandlinger. *Første behandling af lovforslag nr. L132: Behandling af livstruende sygdomme.*

Skaarup, B. (2002. februar 2002). Folketingets forhandlinger. *Lovforslag L 64: Forhøjelse af fritvalgsrammer, statslige tilskud til sygehusformål og frit valg til private sygehuse.*

Skaarup, B. (8. november 2006). Folketingets forhandlinger. *Lovforslag L 50: 1 måneds behandlingsfrist.*

Theill Sørensen, E. (6. februar 2002). Folketingets forhandlinger. *Lovforslag L 64: Forhøjelse af fritvalgsrammer, statslige tilskud til sygehusformål og frit valg til private sygehuse.*

Videbæk, T. (9. december 1998). Folketingets forhandlinger. *Første behandling af lovforslag nr. L132: Behandling af livstruende sygdomme.*

von Selen, L. (8. november 2002). Folketingets forhandlinger. *Lovforslag L 50: 1 måneds behandlingsfrist.*

Winther, J. (28. oktober 1992). Folketingets forhandlinger. *Førstebehandling af lovforslag nr. L 49.*

Winther, J. (28. oktober 1992). Folketingets forhandlinger. *Første behandling af folketingsbeslutning om maksimal ventetid på sygdomsbehandling.*

Winther, J. (6. februar 2002). Folketingets forhandlinger. *Lovforslag L 64: Forhøjelse af fritvalgsrammer, statslige tilskud til sygehusformål og frit valg til private sygehuse.*

Aaen, F. (9. december 1998). Folketingets forhandlinger. *Første behandling af lovforslag nr. L132: Behandling af livstruende sygdomme.*

Anden empiri

Berlingske Tidende. (07. oktober 1992). Frie valg på tværs. *Berlingske tidende* , S. 10.

Berlingske Tidende. (31. Januar 1978). Tre måneders ventetid på sygehusseng tæller ikke. *Berlingske Tidende* , S. 1.

- Børsting, M. (2. november 2001). Foghs første gave til folket. *B.T.* , S. 7.
- Christensen, K. B. (3.. Oktober 2007). Privathospitaler dumper tunge patienter. *Sygeplejersken*.
- Fleischer, L., & Tolderlund, S. (12. marts 1991). Sygehuse skal kæmpe om patienterne. *Berlingske Tidende* , S. 3.
- Herbild, L., Keiding, H., Kjellberg, J., & Søgaard, J. (2003). *Konkurrenceudsætning i sundhedssektoren*. København: København Universitet, Institut for Sundhedsvæsen.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet. (2005). *Evaluering af takststyring på sygehusområdet*. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet. (2007). *Rapport fra udvalget om vilkår for den udvidede fritvalgsordning på sygehusområdet*. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet. (2003). *Takststyring på sygehusområdet*. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.
- Jacobsen, K., & Larsen, K. (2007). *Ve og Velfærd*. København: Lindhardt og Ringhof.
- Pedersen, K. M., & Bech, M. (2006). Hvordan flytter man penge på den bedste måde? *Mandat - Amternes politiske magasin*.
- Rønholt, F., Jensen, H. M., & Johansen, P. L. (2007). *I et krydsfelt mellem styringsteknologi og legitimitet, MPA strategirapport*. København.
- Sundhedsministeriet. (1999). *Danmark som foregangsland - Kvalitet, service og effektivitet i sygehusvæsenet*. København: Sundhedsministeriet.
- Sundhedsministeriet. (2001). *Status for udvikling af DRG-metoden 2000-2001, Sundhedsanalyser 2001:5* . København: Sundhedsministeriet.
- Sundhedsstyrelsen. (10. oktober 2007). *DRG - Dansk Casemix-system*. Fundet den 25. oktober 2007 hos Sundhedsstyrelsen:
http://www.sst.dk/Planlaegning_og_behandling/DRG.aspx?lang=da
- Vrangbæk, K. (1999). *Markedsorientering i sygehussektoren? Opkomst, udformning og konsekvenser af frit sygehusvalg. Ph.d. afhandling*. København: Københavns Universitet, Institut for Statskundskab.

Frit valg *eller* behandling!

Om ventetider, frit valg og garantier i det danske sundhedsvæsen



Kronik

MPA – 2008

Finn Rønholt

Hanne M. Jensen

Per Lindblad Johansen

Vejleder: Professor, dr.jur. Inger-Johanne Sand

Frederiksberg, den 10. januar 2008

Til Politikens kronikredaktion

kronik@pol.dk

Hermed fremsender vi kronikmanuskript med henblik på vurdering for optagelse i Politiken.

Kronikken er udarbejdet på baggrund af en netop afleveret masterafhandling på vores MPA-studie (Master of Public Administration) ved CBS.

Vi synes selv, at emnet har stor aktualitet, og tror det vil interessere Politikens læsere.

Med venlig hilsen

Finn Rønholt. Ledende Overlæge, ph.d. Gentofte Hospital.

Hanne M. Jensen. Forstander, Sprogcenter Furesø.

Per Lindblad Johansen. Direktør, Danmarks Pædagogiske Universitetsskole.

Korrespondance stiles til:

Per Lindblad Johansen
Danmarks Pædagogiske Universitetsskole
Aarhus Universitet
Tuborgvej 164
2400 København NV

plj@dpu.dk

Frit valg *eller* behandling !

Efter Schlüter-regeringernes økonomiske genopretningspolitik stod sygehusene i starten af 1990'erne tilbage med kolossale ventelister. Noget som stadig plager sektoren og alle os danskere, når vi bliver syge.

Over de sidste 15 år har vi derfor set en række forsøg på at rette op på problemerne, og disse tiltag har udviklet sig til det, vi i dag kender som en behandlingsgaranti. Kan det offentlige ikke give dig behandling inden for en måned, har du med det udvidede frie sygehusvalg siden oktober sidste år haft ret til at lade dig behandle på et privat sygehus på det offentliges regning. Det lyder godt, men der er et *aber dabei*. Behandlingsgarantien har potentiale til at forandre det danske velfærdsamfund. Medicinen, der skulle helbrede dårligdomme på sygehusområdet, har bivirkninger, der radikalt vil ændre det velfærdssamfund, som vi kender i dag.

Velfærdsstaten har hidtil været baseret på den universelle (skandinaviske) model, hvor velfærdsydelser har været stillet gratis til rådighed for borgerne ud fra et behovskriterium og uafhængig af indkomst eller skattebetaling. Den ens og lige adgang til bl.a. hospitalsbehandling, ældre omsorg og skolegang har været det fundament, hvorpå opbakningen til velfærdsstaten hidtil har bygget. På sygehuset er vi således alle lige. Hvis vi ellers kan kæmpe os frem til døren blandt alle de andre, der også venter på at komme indenfor.

Behandlingsgarantien bygger imidlertid ikke på denne solidariske model, men griber i stedet ned i en helt ny værktøjskasse, nemlig den kasse, der står "individualisering" på.

Med indførelsen af loven om *frit sygehusvalg* i 1993 blev de tidligere så stramme amtslige bindinger løst, og vi fik lov til selv at vælge, hvilke offentlige sygehuse vi ville behandles på. Hensigten var at nedbringe ventelisterne ved at få patienterne til at søge hen, hvor ventetiden var kortest. Man var nu ikke længere bundet til et bestemt sygehus men kunne vælge det, der havde den korteste ventetid. Det var jo i sig selv en god ting, men betød på den anden side, at systemet nu lagde ansvaret for rettidig behandling over på patientens skuldre.

Ved at fremsætte forslag om en egentlig behandlingsgaranti på tre måneder havde den socialdemokratiske opposition ellers forsøgt at få det offentlige til at påtage sig ansvaret for, at patienten fik tilbudt behandling. Schlüter-regeringen fik imidlertid forslaget nedstemt med det argument, at indførelsen af en generel ventetidsgaranti ville føre til unødigt bureaukrati. Regeringens antagelse om, at markedet regulerer sig selv, stod således som argument for, at det frie valg ville være en langt mere robust og

holdbar opdæmning for de stigende ventetider. Allerede i 1993 ser vi altså en kamp mellem to opfattelser, en solidarisk, hvor vi i samfundet garanterer at ville hjælpe hinanden, og den individualistiske, hvor du selv har en del af ansvaret for egen behandling.

Fra den første lov om frit sygehusvalg og frem til i dag, er der sket en tiltagende individualisering.

Hensynet til det enkelte individ er omdrejningspunktet. Udtryk som "patienten i centrum" og "pengene følger patienten" begynder at vinde indpas. Dette sætter en bevægelse i gang, der flytter opmærksomheden væk fra patienten som kategori og over mod det konkrete individ. Politikernes forhold til den enkelte borger bliver "personligt", og patienten bliver set som et menneske med behov for, at sundhedsvæsenet tilpasser sig dets ønsker og medvirker til at sikre borgerens livskvalitet.

I individualiseringens navn sættes der lighedstegn mellem omsorg for patienten og det frie sygehusvalg. Den medfølgende præmis om, at pengene skal følge patienten, er med til at legitimere muligheden for behandling på privathospital og i udlandet. Man kan sige, at individualiseringen installerer det private sundhedsudbud som en legal del af de offentligt finansierede sundhedsydelser. Der er heller ikke langt til at lade pengene følge patienten over landgrænser.

På bagkant af Nyrup-regeringerne fik Arne Rolighed i 2001, som en egentlig garanti, indført *kræftgarantien*. Amterne blev pålagt at påbegynde behandling af patienter med livstruende kræft og hjerte-karsygdomme indenfor 4 uger. I de tilfælde, hvor de offentlige hospitaler ikke kunne overholde fristen, skulle patienterne, med bistand fra amtet eller Sundhedsstyrelsen, tilbydes behandling på private eller udenlandske aftalesygehuse. Lykkedes det ikke det offentlige at finde et behandlingssted, fik patienten ret til selv at træffe aftale om at blive behandlet enten i Danmark eller i udlandet på det offentliges regning.

Denne garantimodel var imidlertid ikke en blomst, som var vokset ud af den liberale muld. I valgkampen 2001 lovede Anders Fogh Rasmussen derfor et reelt frit valg til alle uanset sygdommens karakter. Nu skulle ventelisterne nedbringes ved at give patienterne et *udvidet frit sygehusvalg*. Kunne det offentlige ikke give behandling indenfor to måneder, ville det frie valg blive udvidet til også at omfatte private sygehuse, som det offentlige system havde truffet aftale med. Samtidigt lovede man 1,5 mia. ekstra til sygesektoren. Pengene ville tilfalde de afdelinger, der kunne vise en produktionsstigning. Sundhedssektoren havde fået en gulerod og en pisk. De øgede

bevillinger faldt på et tørt sted, men øgede det offentlige ikke sin produktion, kunne patienterne trække over i den private sektor og tage bevillingerne med. Og med bevillingerne også lægerne!

Med maksimal ventetid og udvidet frit sygehusvalg ændres præmisserne for, hvordan der prioriteres mellem de patienter, der skal tilbydes behandling. Ventetider, som tidligere var begrundet i faglige forhold, baseres nu på generelle ordninger, hvor alvorlige kræft og hjerte-kar sygdomme sidestilles med behandling af slidgigt og andre ikke livstruende sygdomme. Tidligere blev behandlinger foretaget og prioriteret ud fra lægefaglige kriterier, men med indførelse af det udvidede frie sygehusvalg, spiller det økonomiske rationale også ind. Med privathospitaler som en del af det offentlige sundhedsudbud, vil økonomiske incitamenter komme til at spille en stigende rolle i fastlæggelsen af behandlingsindikationer. Det ses allerede indenfor fx ryg- og fedmekirurgi. Lettjente penge har øget antallet af indgreb i det private regi ud over, hvad faglige argumenter retfærdiggør.

I 2007 bliver fristen for det udvidede frie sygehusvalg ændret til en måned, men denne gang er der ikke ekstra penge med. Tværtimod er der aftalt en besparelse på 3% som skal finansiere det øgede pres som nedsættelsen af fristen vil give. Guleroden er væk, og kun pisker tilbage. Sundhedssektoren er blevet et marked, hvor hospitalerne skal konkurrere om patienterne og personalet. Nu tales der ikke længere alene om behandling på hospitalerne, men om patientstrømme, strategisk positionering og satsning på behandlinger, som giver gode indtægter og lave udgifter. Der er støj i sundhedssystemet!

Indførelse af generelle ventetidsbestemmelser tager vi som tegn på, at det individuelle hensyn er blevet alment. Hvor individualitetens almengørelse betyder, at der skal tages hensyn til alle enkelte individer, og hvor individualiteten bliver det legitime grundlag for at indføre en maksimal ventetid og et frit sygehusvalg.

I forbindelse med vedtagelsen af 1-månedersgarantien i 2007 blev det i folketinget hævdet, at hospitalerne var begyndt at tage patienterne hurtigere ind, men uden at kunne gennemføre behandlingerne hurtigere. Der er opstået interne ventelister, blev der sagt. Svaret fra regeringen var, at 1-måneders reglen også gælder for enkeltdelene af behandlingen. Er der ventetid på en MR-skanning, må du få den lavet på et privathospital, betalt af det offentlige. Pludselig har du retten til, ikke at blive behandlet, men til selv at bestemme hvilken kø du vil stille dig op i, og overveje om du, som en bedre Bilka-shopper monstro skulle skifte kø, hvis den du står i, går i stå.

Lars Løkke Rasmussen sagde det meget klart i folketinget i foråret 2007:

"Jeg garanterer ikke, at danske patienter kan komme i behandling indenfor hverken 2 eller 1 måned, det gør jeg ikke. Det vi har gjort, er, at vi har sagt, at patienten skal have nogle rettigheder: Hvis vi ikke kan levere behandling ... skal patienten have mulighed for at søge et andet sted hen."

Systemets manglende evne til at imødekomme behandling til rette tid modsvares af en individualiseringsstrategi, hvor patienterne selv får til opgave at finde vej igennem behandlingssystemet på kortest mulige tid. Individualiseringen har for alvor ramt den syge patient!

Lars Løkke Rasmussen fortalte ikke, at privathospitalerne også kan have ventelister, og hvad blev der af Kræftgarantien?

Fogh-regeringen indførte frit valg, men fulgte ikke op på Nyrup-regeringens garanti for behandling af livstruende sygdomme. Den manglende overholdelse mandede i 2006 ud i den såkaldte kræftskandale, hvor Lars Løkke Rasmussen i en direkte TV-udsendelse undsagde Sundhedsstyrelsens prioriteringer, hvilket senere på samme aften førte til Medicinaldirektørens afgang. Det lægefaglige system havde udspillet sin ledelsesmæssige rolle, og posten som øverste chef i Sundhedsstyrelsen blev efterfølgende, for første gang i dens 200-årige historie, besat med en DJØF'er.

Vi har netop her før jul fået rigsrevisorernes ord for, at heller ikke Sundhedsministeriet, med Lars Løkke Rasmussen i spidsen, har overvåget, om patienternes rettigheder i forbindelse med kræftgarantien er blevet tilgodeset. Ministeriet har ikke kunnet oplyse om, hvorvidt de frister, der indgår i ordningen om maksimale ventetider, er overholdt, og om patienterne har modtaget de øvrige tilbud, der indgår i ordningen. Med andre ord er loven aldrig kommet til at virke!

Individualiseringen understøtter en liberal økonomisk logik om frie borgere og frie valg til sundhedsydelse, som et grundvilkår for samfundets videre udvikling.

Individualismen har vundet overfor universalismen og ført til, at borgerens mulighed for at vælge frit udfordrer det fundament, hvorpå prioritering og tildeling af velfærdsydelser hidtil har hvilet. Paradoksalt nok udfordres den solidariske velfærdsmodel derfor af individualiseringens almengørelse, der kræver, at velfærdsstaten stiller en bred vifte af muligheder og rettigheder til rådighed for den

enkelte borger. I stigende grad involveres et privat sundhedsmarked i ind- og udland. Og hvad det offentlige ikke betaler, har du nu mulighed for selv at tilkøbe eller forsikre dig ud af.

Globaliseringen medfører en stigende "transport" af sundhedsydelser på tværs af landegrænser, hvor valg og tilbud om behandling i mindre og mindre grad baseres på stringent faglige kriterier, men snarere på individuelle ønsker og økonomisk formåen. Det frie valg giver økonomisk velfunderede patienter med sundhedsforsikringer og højt informationsniveau mulighed for at shoppe imellem sundhedsydelser, blive tilbudt mere specialiserede behandlinger og springe køerne over. Med markedskræfternes frie spil opstår der derfor risiko for stigende social ulighed på sundhedsområdet.

Behandlingsgarantien har med dens afsæt i individualisering i form af frie valg sat en proces i gang, som på væsentlige områder ændrer i mulighederne for styringen af det danske sundhedsvæsen. Og processen er ikke slut:

Når individualisering, udtrykt gennem frit valg, bliver et grundvilkår, hvorfor får borgeren så ikke mulighed for at tilkøbe sig bedre pleje og behandling, hvis han har råd? Hvis sygehusene skal til at konkurrere og placere sig strategisk i forhold til patientstrømmene, hvad er så egentlig forskellen i at have et offentligt eller privat sundhedsvæsen? Når man på sin skattebillet ser, at otte pct af ens indkomst går til sundhedssystemet, hvad er argumentet så imod en egentlig forsikringsordning? Hvorfor ikke et frit valg allerede fra første dag, også på tværs af landegrænser? Og hvorfor begrænse det frie valg til kun at omfatte de privatsygehuse, som det offentlige på forhånd har aftale med?

Vi ser en udvikling der har potentiale til at dreje den nuværende universelle velfærdsmodel hen imod en mere kontinental inspireret model, hvor forsikringer, egenbetaling og større individuelle forskelle i sundhedsbehandlingen danner baggrunden for velfærdssamfundets indretning.

Behandlingsgarantiens elementer af individualisering og frit valg rører således ved en af den danske velfærdssats vigtigste bastioner, nemlig opfattelsen af det offentlige sundhedssystem som garant og leverandør af sundhedsydelser, der universelt lever op til højeste standard, og som alene tilbydes befolkningen ud fra behovskriterier uden skelnen til økonomisk formåen.

Frit valg *eller* behandling!

Om ventetider, frit valg og garantier i det danske sundhedsvæsen



Kronik

MPA – 2008

Finn Rønholt

Hanne M. Jensen

Per Lindblad Johansen

Vejleder: Professor, dr.jur. Inger-Johanne Sand

Frederiksberg, den 10. januar 2008

Til Politikens kronikredaktion

kronik@pol.dk

Hermed fremsender vi kronikmanuskript med henblik på vurdering for optagelse i Politiken.

Kronikken er udarbejdet på baggrund af en netop afleveret masterafhandling på vores MPA-studie (Master of Public Administration) ved CBS.

Vi synes selv, at emnet har stor aktualitet, og tror det vil interessere Politikens læsere.

Med venlig hilsen

Finn Rønholt. Ledende Overlæge, ph.d. Gentofte Hospital.

Hanne M. Jensen. Forstander, Sprogcenter Furesø.

Per Lindblad Johansen. Direktør, Danmarks Pædagogiske Universitetsskole.

Korrespondance stiles til:

Per Lindblad Johansen
Danmarks Pædagogiske Universitetsskole
Aarhus Universitet
Tuborgvej 164
2400 København NV

plj@dpu.dk

Frit valg *eller* behandling !

Efter Schlüter-regeringernes økonomiske genopretningspolitik stod sygehusene i starten af 1990'erne tilbage med kolossale ventelister. Noget som stadig plager sektoren og alle os danskere, når vi bliver syge.

Over de sidste 15 år har vi derfor set en række forsøg på at rette op på problemerne, og disse tiltag har udviklet sig til det, vi i dag kender som en behandlingsgaranti. Kan det offentlige ikke give dig behandling inden for en måned, har du med det udvidede frie sygehusvalg siden oktober sidste år haft ret til at lade dig behandle på et privat sygehus på det offentliges regning. Det lyder godt, men der er et *aber dabei*. Behandlingsgarantien har potentiale til at forandre det danske velfærdsamfund. Medicinen, der skulle helbrede dårligdomme på sygehusområdet, har bivirkninger, der radikalt vil ændre det velfærdssamfund, som vi kender i dag.

Velfærdsstaten har hidtil været baseret på den universelle (skandinaviske) model, hvor velfærdsydelser har været stillet gratis til rådighed for borgerne ud fra et behovskriterium og uafhængig af indkomst eller skattebetaling. Den ens og lige adgang til bl.a. hospitalsbehandling, ældre omsorg og skolegang har været det fundament, hvorpå opbakningen til velfærdsstaten hidtil har bygget. På sygehuset er vi således alle lige. Hvis vi ellers kan kæmpe os frem til døren blandt alle de andre, der også venter på at komme indenfor.

Behandlingsgarantien bygger imidlertid ikke på denne solidariske model, men griber i stedet ned i en helt ny værktøjskasse, nemlig den kasse, der står "individualisering" på.

Med indførelsen af loven om *frit sygehusvalg* i 1993 blev de tidligere så stramme amtslige bindinger løst, og vi fik lov til selv at vælge, hvilke offentlige sygehuse vi ville behandles på. Hensigten var at nedbringe ventelisterne ved at få patienterne til at søge hen, hvor ventetiden var kortest. Man var nu ikke længere bundet til et bestemt sygehus men kunne vælge det, der havde den korteste ventetid. Det var jo i sig selv en god ting, men betød på den anden side, at systemet nu lagde ansvaret for rettidig behandling over på patientens skuldre.

Ved at fremsætte forslag om en egentlig behandlingsgaranti på tre måneder havde den socialdemokratiske opposition ellers forsøgt at få det offentlige til at påtage sig ansvaret for, at patienten fik tilbudt behandling. Schlüter-regeringen fik imidlertid forslaget nedstemt med det argument, at indførelsen af en generel ventetidsgaranti ville føre til unødigt bureaukrati. Regeringens antagelse om, at markedet regulerer sig selv, stod således som argument for, at det frie valg ville være en langt mere robust og

holdbar opdæmning for de stigende ventetider. Allerede i 1993 ser vi altså en kamp mellem to opfattelser, en solidarisk, hvor vi i samfundet garanterer at ville hjælpe hinanden, og den individualistiske, hvor du selv har en del af ansvaret for egen behandling.

Fra den første lov om frit sygehusvalg og frem til i dag, er der sket en tiltagende individualisering.

Hensynet til det enkelte individ er omdrejningspunktet. Udtryk som "patienten i centrum" og "pengene følger patienten" begynder at vinde indpas. Dette sætter en bevægelse i gang, der flytter opmærksomheden væk fra patienten som kategori og over mod det konkrete individ. Politikernes forhold til den enkelte borger bliver "personligt", og patienten bliver set som et menneske med behov for, at sundhedsvæsenet tilpasser sig dets ønsker og medvirker til at sikre borgerens livskvalitet.

I individualiseringens navn sættes der lighedstegn mellem omsorg for patienten og det frie sygehusvalg. Den medfølgende præmis om, at pengene skal følge patienten, er med til at legitimere muligheden for behandling på privathospital og i udlandet. Man kan sige, at individualiseringen installerer det private sundhedsudbud som en legal del af de offentligt finansierede sundhedsydelser. Der er heller ikke langt til at lade pengene følge patienten over landgrænser.

På bagkant af Nyrup-regeringerne fik Arne Rolighed i 2001, som en egentlig garanti, indført *kræftgarantien*. Amterne blev pålagt at påbegynde behandling af patienter med livstruende kræft og hjerte-karsygdomme indenfor 4 uger. I de tilfælde, hvor de offentlige hospitaler ikke kunne overholde fristen, skulle patienterne, med bistand fra amtet eller Sundhedsstyrelsen, tilbydes behandling på private eller udenlandske aftalesygehuse. Lykkedes det ikke det offentlige at finde et behandlingssted, fik patienten ret til selv at træffe aftale om at blive behandlet enten i Danmark eller i udlandet på det offentliges regning.

Denne garantimodel var imidlertid ikke en blomst, som var vokset ud af den liberale muld. I valgkampen 2001 lovede Anders Fogh Rasmussen derfor et reelt frit valg til alle uanset sygdommens karakter. Nu skulle ventelisterne nedbringes ved at give patienterne et *udvidet frit sygehusvalg*. Kunne det offentlige ikke give behandling indenfor to måneder, ville det frie valg blive udvidet til også at omfatte private sygehuse, som det offentlige system havde truffet aftale med. Samtidigt lovede man 1,5 mia. ekstra til sygehussektoren. Pengene ville tilfalde de afdelinger, der kunne vise en produktionsstigning. Sundhedssektoren havde fået en gulerod og en pisk. De øgede

bevillinger faldt på et tørt sted, men øgede det offentlige ikke sin produktion, kunne patienterne trække over i den private sektor og tage bevillingerne med. Og med bevillingerne også lægerne!

Med maksimal ventetid og udvidet frit sygehusvalg ændres præmisserne for, hvordan der prioriteres mellem de patienter, der skal tilbydes behandling. Ventetider, som tidligere var begrundet i faglige forhold, baseres nu på generelle ordninger, hvor alvorlige kræft og hjerte-kar sygdomme sidestilles med behandling af slidgigt og andre ikke livstruende sygdomme. Tidligere blev behandlinger foretaget og prioriteret ud fra lægefaglige kriterier, men med indførelse af det udvidede frie sygehusvalg, spiller det økonomiske rationale også ind. Med privathospitaler som en del af det offentlige sundhedsudbud, vil økonomiske incitamenter komme til at spille en stigende rolle i fastlæggelsen af behandlingsindikationer. Det ses allerede indenfor fx ryg- og fedmekirurgi. Lettjente penge har øget antallet af indgreb i det private regi ud over, hvad faglige argumenter retfærdiggør.

I 2007 bliver fristen for det udvidede frie sygehusvalg ændret til en måned, men denne gang er der ikke ekstra penge med. Tværtimod er der aftalt en besparelse på 3% som skal finansiere det øgede pres som nedsættelsen af fristen vil give. Guleroden er væk, og kun pisker tilbage. Sundhedssektoren er blevet et marked, hvor hospitalerne skal konkurrere om patienterne og personalet. Nu tales der ikke længere alene om behandling på hospitalerne, men om patientstrømme, strategisk positionering og satsning på behandlinger, som giver gode indtægter og lave udgifter. Der er støj i sundhedssystemet!

Indførelse af generelle ventetidsbestemmelser tager vi som tegn på, at det individuelle hensyn er blevet alment. Hvor individualitetens almengørelse betyder, at der skal tages hensyn til alle enkelte individer, og hvor individualiteten bliver det legitime grundlag for at indføre en maksimal ventetid og et frit sygehusvalg.

I forbindelse med vedtagelsen af 1-månedersgarantien i 2007 blev det i folketinget hævdet, at hospitalerne var begyndt at tage patienterne hurtigere ind, men uden at kunne gennemføre behandlingerne hurtigere. Der er opstået interne ventelister, blev der sagt. Svaret fra regeringen var, at 1-måneders reglen også gælder for enkeltdelene af behandlingen. Er der ventetid på en MR-skanning, må du få den lavet på et privathospital, betalt af det offentlige. Pludselig har du retten til, ikke at blive behandlet, men til selv at bestemme hvilken kø du vil stille dig op i, og overveje om du, som en bedre Bilka-shopper monstro skulle skifte kø, hvis den du står i, går i stå.

Lars Løkke Rasmussen sagde det meget klart i folketinget i foråret 2007:

"Jeg garanterer ikke, at danske patienter kan komme i behandling indenfor hverken 2 eller 1 måned, det gør jeg ikke. Det vi har gjort, er, at vi har sagt, at patienten skal have nogle rettigheder: Hvis vi ikke kan levere behandling ... skal patienten have mulighed for at søge et andet sted hen."

Systemets manglende evne til at imødekomme behandling til rette tid modsvares af en individualiseringsstrategi, hvor patienterne selv får til opgave at finde vej igennem behandlingssystemet på kortest mulige tid. Individualiseringen har for alvor ramt den syge patient!

Lars Løkke Rasmussen fortalte ikke, at privathospitalerne også kan have ventelister, og hvad blev der af Kræftgarantien?

Fogh-regeringen indførte frit valg, men fulgte ikke op på Nyrup-regeringens garanti for behandling af livstruende sygdomme. Den manglende overholdelse mandede i 2006 ud i den såkaldte kræftskandale, hvor Lars Løkke Rasmussen i en direkte TV-udsendelse undsagde Sundhedsstyrelsens prioriteringer, hvilket senere på samme aften førte til Medicinaldirektørens afgang. Det lægefaglige system havde udspillet sin ledelsesmæssige rolle, og posten som øverste chef i Sundhedsstyrelsen blev efterfølgende, for første gang i dens 200-årige historie, besat med en DJØF'er.

Vi har netop her før jul fået rigsrevisorernes ord for, at heller ikke Sundhedsministeriet, med Lars Løkke Rasmussen i spidsen, har overvåget, om patienternes rettigheder i forbindelse med kræftgarantien er blevet tilgodeset. Ministeriet har ikke kunnet oplyse om, hvorvidt de frister, der indgår i ordningen om maksimale ventetider, er overholdt, og om patienterne har modtaget de øvrige tilbud, der indgår i ordningen. Med andre ord er loven aldrig kommet til at virke!

Individualiseringen understøtter en liberal økonomisk logik om frie borgere og frie valg til sundhedsydelse, som et grundvilkår for samfundets videre udvikling.

Individualismen har vundet overfor universalismen og ført til, at borgerens mulighed for at vælge frit udfordrer det fundament, hvorpå prioritering og tildeling af velfærdsydelser hidtil har hvilet. Paradoksalt nok udfordres den solidariske velfærdsmodel derfor af individualiseringens almengørelse, der kræver, at velfærdsstaten stiller en bred vifte af muligheder og rettigheder til rådighed for den

enkelte borger. I stigende grad involveres et privat sundhedsmarked i ind- og udland. Og hvad det offentlige ikke betaler, har du nu mulighed for selv at tilkøbe eller forsikre dig ud af.

Globaliseringen medfører en stigende "transport" af sundhedsydelser på tværs af landegrænser, hvor valg og tilbud om behandling i mindre og mindre grad baseres på stringent faglige kriterier, men snarere på individuelle ønsker og økonomisk formåen. Det frie valg giver økonomisk velfunderede patienter med sundhedsforsikringer og højt informationsniveau mulighed for at shoppe imellem sundhedsydelser, blive tilbudt mere specialiserede behandlinger og springe køerne over. Med markedskræfternes frie spil opstår der derfor risiko for stigende social ulighed på sundhedsområdet.

Behandlingsgarantien har med dens afsæt i individualisering i form af frie valg sat en proces i gang, som på væsentlige områder ændrer i mulighederne for styringen af det danske sundhedsvæsen. Og processen er ikke slut:

Når individualisering, udtrykt gennem frit valg, bliver et grundvilkår, hvorfor får borgeren så ikke mulighed for at tilkøbe sig bedre pleje og behandling, hvis han har råd? Hvis sygehusene skal til at konkurrere og placere sig strategisk i forhold til patientstrømmene, hvad er så egentlig forskellen i at have et offentligt eller privat sundhedsvæsen? Når man på sin skattebillet ser, at otte pct af ens indkomst går til sundhedssystemet, hvad er argumentet så imod en egentlig forsikringsordning? Hvorfor ikke et frit valg allerede fra første dag, også på tværs af landegrænser? Og hvorfor begrænse det frie valg til kun at omfatte de privatsygehuse, som det offentlige på forhånd har aftale med?

Vi ser en udvikling der har potentiale til at dreje den nuværende universelle velfærdsmodel hen imod en mere kontinental inspireret model, hvor forsikringer, egenbetaling og større individuelle forskelle i sundhedsbehandlingen danner baggrunden for velfærdssamfundets indretning.

Behandlingsgarantiens elementer af individualisering og frit valg rører således ved en af den danske velfærdssats vigtigste bastioner, nemlig opfattelsen af det offentlige sundhedssystem som garant og leverandør af sundhedsydelser, der universelt lever op til højeste standard, og som alene tilbydes befolkningen ud fra behovskriterier uden skelnen til økonomisk formåen.