

# Patientens politiske diskurshistorie

Pedersen, Kirstine Zinck

*Document Version*

Final published version

*Publication date:*

2008

*License*

CC BY-NC-ND

*Citation for published version (APA):*

Pedersen, K. Z. (2008). *Patientens politiske diskurshistorie*. Center for Health Management.

[Link to publication in CBS Research Portal](#)

**General rights**

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

**Take down policy**

If you believe that this document breaches copyright please contact us (research.lib@cbs.dk) providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Download date: 28. May. 2023



# **Patientens politiske diskurshistorie**

Forskningsrapport af Kirstine Zinck Pedersen

Center for Health Management, Copenhagen Business School

Maj 2008

# Indholdsfortegnelse

<b>INDHOLDSFORTEGNELSE</b>	<b>2</b>
<b>SAMMENFATNING</b>	<b>5</b>
1. Grundspor	5
2. Dominerende patientforestillinger	6
3. Institutionaliserings	8
<b>INDLEDNING</b>	<b>9</b>
<b>Fremgangsmåde og opbygning</b>	<b>11</b>
<b>RAPPORTER OG BETÆNKNINGER</b>	<b>12</b>
<b>Perspektivplan I (1971)</b>	<b>12</b>
Patienten i Perspektivplan I	13
Opsummering	14
<b>Perspektivplan II (1973)</b>	<b>14</b>
Patienten i perspektivplan II	16
Opsummering	17
<b>Sundhedsprioriteringsudvalget (1977)</b>	<b>17</b>
Patienten i prioriteringsudvalgets betænkning	18
Opsummering	20
<b>Produktivitetsudvalget (1984)</b>	<b>21</b>
Patienten i produktivitetsudvalgets rapport	24
Opsummering	26
<b>Sundhed for alle i år 2000 (1985)</b>	<b>27</b>
Patienten i WHO dokumentet	28
Opsummering	32
<b>Samordningsudvalget (1985)</b>	<b>33</b>
Patienten i samordningsudvalgets betænkning	34
Opsummering	38
<b>Udvalget vedrørende praksissektorens organisation (1986)</b>	<b>39</b>
Patienten i udvalget vedrørende praksissektorens organisation	41
Opsummering	42
<b>Lotz-udvalget (1987)</b>	<b>43</b>
Patienten i Lotz-udvalgets rapport	45
Opsummering	46
<b>Borgeren mellem kommune og sygehus (1988)</b>	<b>46</b>
Patienten i <i>Borgeren mellem kommune og sygehus</i>	46
Opsummering	48
<b>National strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet (1993)</b>	<b>48</b>
Patienten i <i>National strategi for kvalitetsudvikling</i>	50

Opsummering	50
<b>Patienten i centrum – oplæg til et bedre sundhedsvæsen (1994)</b>	<b>51</b>
Patienten i <i>Patienten i centrum</i>	51
Opsummering	52
<b>Udvalget vedrørende sygehusvæsenets økonomi (SØK-udvalget) (1994)</b>	<b>52</b>
Patienten i SØK-udvalgets rapport	56
Opsummering	58
<b>Sygehuskommissionen (1997)</b>	<b>59</b>
Patienten i sygehuskommissionens betænkning	63
Opsummering	68
<b>Sundhedspolitisk redegørelse (2000)</b>	<b>69</b>
Patienten i <i>Sundhedspolitisk redegørelse 2000</i>	71
Opsummering	74
<b>National strategi for kvalitetsudvikling (2002)</b>	<b>75</b>
Patienten i <i>National strategi for kvalitetsudvikling 2002</i>	75
Opsummering	77
<b>Strukturkommissionen (2004)</b>	<b>77</b>
Borgeren i strukturkommissionens betænkning	79
Patienten i strukturkommissionens betænkning	81
Opsummering	83
<b>ØKONOMIAFTALER</b>	<b>84</b>
<b>Økonomiaftaler for 1980 til 1993</b>	<b>84</b>
Patienten i aftalerne for 1988 til 1993	87
<b>Økonomiaftaler for 1994 til 1999</b>	<b>87</b>
Patienten i aftalerne for 1994 til 1999	91
<b>Økonomiaftaler for 2000 til 2006</b>	<b>92</b>
Patienten i aftalerne for 2000 til 2006	99
<b>DISKUSSION – KONTINUITET OG BRUD I DISKURSHISTORIEN</b>	<b>102</b>
<b>Diskurshistoriens grundspor</b>	<b>102</b>
Markedsorientering	102
Centralisering	104
Målbarhed og målopfyldelse (produktivitet, effektivitet og kvalitet)	106
Samordning og patientforløb	108
Patientinformation	109
Patientrettigheder	110
<b>Dominerende patientforestillinger</b>	<b>110</b>
Fra 1970 til 1992: Den samfundsøkonomisk ansvarlige patient	110
Fra 1993 til 2006: Den krævende forbruger	113
Overlejring af patientforestillinger	116
<b>Institutionaliseringen af patientforestillingerne</b>	<b>117</b>
Institutionalisering af idealet om den samfundsøkonomisk ansvarlige patient (1970-1992)	117
Institutionalisering af idealet om den krævende forbruger (1993-2006)	118

**Konkluderende bemærkninger**

**119**

**LITTERATURLISTE**

**121**

Kilder

121

Øvrig litteratur

124

## Sammenfatning

Definitionen og forståelsen af patienten har i de seneste år ændret sig i retningen af i stadig højere grad at sætte patienten i centrum i sundhedssektoren – både som den genstand, som sektoren er organiseret omkring og som en aktør med egne forventninger, krav og kompetencer. I rapporten ”Patientens politiske diskurshistorie” undersøger jeg *fremkomsten af nye patientforestillinger i den sundhedspolitiske diskurshistorie fra kommunalreformen i 1970 og til strukturreformen i 2007*. Det er historien om, hvordan, hvornår og i hvilke sammenhænge patienten kommer til syne som andet og mere end den klassiske patient, der overfor den lægelige viden og autonomi står som passiv modtager. Det er også historien om, hvordan de nye roller og positioner, som patienten bliver tildelt, ofte er svar på nogle af de problemer, som den gældende sundhedspolitik står overfor.

Den primære del af rapporten omfatter en kronologisk gennemgang af en række af de vigtigste sundhedspolitiske dokumenter fra det centrale niveau, som har haft en betydning for dannelsen af de dominerende meningssammenhænge på sundhedsområdet. Med udgangspunkt i gennemgangen af disse dokumenter fokuserer jeg på følgende tre spørgsmål:

1. *Hvilke grundspor finder vi i den sundhedspolitiske diskurshistorie, og hvordan relaterer forskellige patientforestillinger sig til disse spor?*
2. *Hvilke nye dominerende patientforestillinger er opstået i de seneste årtiers sundhedspolitik, og er der sket afgørende brud i den måde patienten defineres?*
3. *Er der sket en institutionalisering af de nye patientforestillinger?*

### 1. Grundspor

Den sundhedspolitiske diskurshistorie indeholder både kontinuitet og brud. Kontinuiteten viser sig ved, at nogle af de temaer eller grundspor, der allerede i 1970'erne og 1980'erne bliver defineret som sundhedspolitikens vigtigste, fortsat er relevante i dag. Rapportens første delanalyse ser på, hvordan disse spor har udviklet sig, i hvilket omfang der er sket eventuelle meningsforskydninger, samt hvordan de forskellige spor relaterer sig til patienten. De spor, som jeg trækker frem som centrale for sundhedspolitikken og for fremkomsten af patientforestillinger, er:

*Markedsorientering:* Der findes eksempler på markedstænkning allerede i 1970'erne og 1980'erne fx i form af ønsket om at skabe øget omkostningsbevidsthed og serviceforbedringer. Dog er det først fra 1990'erne og frem, at en egentlig markedsgørelse finder sted i form af fx frit sygehusvalg og markedslignende løsninger. Det bliver i den forbindelse almindeligt at betragte patienten som en forbruger af sundhedsydelser.

*Centralisering:* Samtidigt med den stigende markedsorientering sker der en stigende centralisering. I 1970'erne og 1980'erne sker styringen af sundhedsområdet primært decentralt, og det er først fra 1990'erne og frem, at der bliver gennemført en række centrale tiltag på

områder som fx frit sygehusvalg, ventetidsgarantier, patientinformation, kvalitet, takststyring (DRG) og elektroniske patientjournaler. I mange af disse tiltag er patienten omdrejningspunkt.

*Målbarhed og målopfyldelse:* Så snart den første sundhedspolitik er skitseret i 1970'erne, kommer ønsket om målbarhed på banen. I 1970'erne og 1980'erne er produktivitetsmål den vigtigste måleenhed på sundhedsområdet, mens det fra 1990'erne og frem er kvalitet. Kvalitet opfattes allerede i 1980'erne som en måde at vurdere sundhedsvæsenets effektivitet eller målopfyldelse på, men disse mål bliver først kvantificeret i starten af 1990'erne. Med kvalitetsmålinger på dagsordenen, træder patienten i centrum, bl.a. fordi kvalitetsmålinger kræver patientvurderinger.

*Samordning og patientforløb:* Ønsket om en bedre samordning er på dagsordenen allerede fra starten af 1970'erne, og i 1980'erne bliver dette i stigende grad artikuleret som et spørgsmål om at forbedre patientforløbet. Det er dog først fra 1990'erne og frem, at patienten i den forbindelse ikke bare bliver artikuleret som et objekt, sundhedsvæsenet skal organiseres omkring, men også som et subjekt, hvis holdninger og præferencer er vigtige for samordningen.

*Patientinformation:* Patientinformation er på dagsordenen i 1970'erne og 1980'erne som et redskab til at opdrage og oplyse befolkningen om sundhed og forebyggelse samt til at skabe realistiske forventninger til sundhedsvæsenets ydelser. Fra starten af 1990'erne og frem skal patientinformation også omfatte oplysninger om rettigheder, ventetider, kvalitet osv., så patienterne kan foretage forbrugsvalg. Desuden bliver patienterne nu også en kilde til information for sundhedsvæsenet – og der er i stigende grad tale om tovejskommunikation og dialog frem for envejsinformation.

*Patientrettigheder:* Rettighedsdiskussionerne er så godt som fraværende indtil starten af 1990'erne, hvor fx frit sygehusvalg og behandlingsgarantier kommer på dagsordenen. Dog skal det bemærkes, at rettighederne sjældent behandles som et mål i sig selv, men oftere som et styringsmiddel til at ændre incitamentsstrukturerne på sundhedsområdet.

## **2. Dominerende patientforestillinger**

Som jeg allerede har antydnet i beskrivelsen af grundsporene, indeholder diskurshistorien også brud. I rapportens anden delanalyse undersøger jeg de fremherskende patientforestillinger på tværs af grundsporene. Det viser sig, at særligt to nye forestillinger om patienten træder frem; forestillingen om den samfundsøkonomisk ansvarlige patient og forestillingen om den krævende forbruger.

### *Forestilling 1: Den samfundsøkonomisk ansvarlige patient (1970-1992)*

Forestilling om patienten som andet end passiv og modtagende optræder i særlig grad fra midten af 1970'erne og frem. Sundhedspolitik er 1970'erne og 1980'erne præget af et stærkt ønske om at begrænse udgiftsvæksten på sundhedsområdet via en stam økonomisk politik. I denne atmosfære af sparsommelighed og mådehold opstår der to forskellige roller for patienten.

*Den første rolle* kan vi se som sundhedspolitikens svar på befolkningens øgede forventningspres i forhold til sundhedsvæsenets ydelser. For at holde forventningerne i ave formuleres idealet om den ansvarlige patient, som ud fra en samfundsøkonomisk bevidsthed ikke benytter ydelserne i utide og desuden ikke forventer for meget af sundhedsvæsenet.

*Den anden rolle* omhandler egenomsorg, og optræder først og fremmest i forebyggelsesdiskussioner, men også i behandlingssammenhænge. For at lette presset på sundhedssektoren opstår på den ene side idealet om borgeren, som den potentielle patient, der tager vare på sit eget helbred og i videst mulig omfang undgår sygdom og på den anden side idealet om den behandlingskrævende patient, som aflaster sundhedsvæsenet ved selv at påtage sig omsorgs- og pleje opgaver og bidrage aktivt til helbredelsen.

Samlet opstår forestillingen om den samfundsøkonomisk ansvarlige patient, som tager vare på sit helbred og begrænser sine forventninger til sundhedsydelserne. Statens og de sundhedsprofessionelles oplysning og opdragelse skaber patienten, og der er i høj grad tale om envejskommunikation. Patienten forventes således at lytte, lære og reagere, og forholdet mellem patient og stat/sundhedsvæsen kan betegnes som asymmetrisk.

#### *Forestilling 2: Den krævende forbruger (1993-2006)*

I starten af 1990'erne sker der et brud i måden at definere patienten på. Det sker samtidigt med, at den stramme udgiftspolitik fra tidligere bliver afløst af et ønske om at skabe et konkurrencedygtigt og omstillingsparat sundhedsvæsen, som er i stand til at reflektere brugerkrav. Der opstår nu igen to forskellige roller for patienten.

*Den første rolle* er rollen som forbruger og beslutningstager, hvis opgave det er via individuelle valg at lægge pres på sundhedsvæsenet. Patientens forventninger, krav og præferencer er gået fra at være et problem til at være en løsning, fordi disse er med til at skabe konkurrence, nye incitamentsstrukturer og dermed øget effektivitet.

*Den anden rolle* handler om medinddragelse og deltagelse i såvel behandling som organisering af sundhedssektoren. Patientens evner, kompetencer og individuelle behov kommer i fokus. Det samme gør patienttilfredshed og patientens oplevelse af forløb, behandling og pleje.

Samlet kan vi sige, at patienten som den krævende forbruger forventes at kunne handle, kræve, vælge, deltage osv. på eget initiativ og ud fra individuelle præferencer. Desuden bliver opdragelse og oplysning erstattet af kommunikation og dialog. Relationen mellem stat, sundhedsvæsen og patient bliver langt mere symmetrisk.

Det er vigtigt at bemærke, at selvom de forskellige patientforestillinger er *dominerende* på forskellige tidspunkter i den sundhedspolitiske historie, betyder det ikke, at forestillingerne ikke eksisterer side om side. Idealet om den samfundsøkonomisk ansvarlige patient dukker også



i dag jævnligt op i den sundhedspolitiske diskurs – og det samme gælder idealet om den passive og modtagende patient.

### **3. Institutionalisering**

Ét er at undersøge et diskursivt felt for de meningsdannelser og -forskydninger, der måtte finde sted. Noget andet er at vurdere, hvorvidt disse meningssammenhænge rækker *ud over* diskursen. I rapportens tredje delanalyse forsøger jeg at belyse dette spørgsmål via et kig på de sundhedspolitiske aftaler i de årlige økonomiaftaler mellem stat og amter. Og det viser sig, at de beskrevne patientforestillinger først og fremmest er af diskursiv karakter. Især finder forestillingen om den samfundsøkonomisk ansvarlige patient i meget begrænset omfang udtryk i de konkrete sundhedspolitiske initiativer fra 1980'erne. Fra 1990'erne og frem kommer forestillingen om den krævende forbruger til udtryk i tiltag såsom frit valg, ventetidsgarantier, tilfredshedsundersøgelser, øget fokus på patientinformation, kvalitet osv., men der er stadig ikke tale om, at patienten som aktør for alvor udfordrer de klassiske sundhedspolitiske aktører.

Der er ikke tale om en fyldestgørende analyse af institutionaliseringen, men derimod en første afsøgning, som giver et fingerpeg om, at der kan være stor forskel på den diskursive konstituering af patienten i den sundhedspolitiske diskurs og så den måde, hvorpå patienten kommer til udtryk i de konkrete sundhedspolitiske tiltag og i den konkrete praksis. Det kræver imidlertid yderligere undersøgelser at kunne sige mere om dette forhold.

## Indledning

I de seneste årtier er der sket en forskydning i forståelsen af patienten, hvilket fx viser sig i udtryk som 'patienten i centrum', 'det patientfokuserede sygehus' og 'patientcentrerede sundhedsydelse'. Det er i den forbindelse interessant at spørge til, hvad der er på spil i den fornyede interesse i patienten. Er der tale om 'empowerment' eller endda emancipation af patienten – for patientens egen skyld? Eller er der tale om, at patienten er blevet en del af en større trend mod øget markedsføring af den offentlige sektor, hvor borgere betragtes som kunder? Nærværende rapport adresserer disse spørgsmål ved at spørge til de diskursive betingelser for, at patienten er kommet i centrum for sundhedspolitikken.

*Rapporten sætter sig derfor for at undersøge den diskursive og institutionelle konstitution af nye patientforestillinger i de seneste årtiers sundhedspolitik.*

Med udtrykket 'nye patientforestillinger' spørges der til, hvorvidt og på hvilke måde patientforståelserne adskiller sig fra mere klassiske patientforståelser, hvor patienten opfattes som en passiv modtager af sundhedsydelser. Et eksempel på en sådan forståelse af patienten findes i Talcott Parsons' analyse af 'the sick role' fra 1951, hvor patienten beskrives som havende en pligt og en ret til at forblive passiv i behandlingssituationen. Pga. af sygdom og manglende viden beskrives patienten som hjælpeløs, hvorfor forholdet til de sundhedsprofessionelle er præget af asymmetri. Netop derfor definerer Parsons patient-læge forholdet som det modsatte af markedsrelationer (Parsons 1964).

For at besvare rapportens forsknings spørgsmål opstilles tre underspørgsmål, som i slutningen af rapporten vil danne udgangspunkt for hver sin delanalyse.

### **1. Hvilke grundspor findes i den sundhedspolitiske diskurshistorie, og hvordan relaterer forskellige patientforestillinger sig til disse spor?**

For at belyse konstitutionen af nye patientforestillinger er det nødvendigt at undersøge de diskursive og institutionelle forudsætninger for, at patienten er opstået som en sundhedspolitisk figur. Det er således ikke nok at beskæftige sig med de direkte beskrivelser af patienten, men ligeledes nødvendigt at undersøge forskellige af de grundspor, som viser sig i dokumentgennemgangen samt at vurdere, hvordan patientforståelserne forholder sig til de forskellige spor. Det drejer sig fx om spor som markedsorientering, centralisering, kvalitet, patientrettigheder mm. De sundhedspolitiske problematikker eller spor er blevet udvalgt ud fra en formodning om, at patientens opkomst kan relateres til disse på den ene eller anden måde. Det betyder, at sundhedspolitiske spor eller temaer såsom markedsorientering, centralisering, målbarhed og målopfyldelse, kvalitet, samordning og patientrettigheder er blevet fulgt systematisk gennem de forskellige dokumenter. Andre temaer er i ikke på samme måde blevet systematisk fulgt, det gælder fx ledelsesstrukturer, uddannelse af professioner, faggrænser, specialeplanlægning samt til dels informationsteknologi.

## **2. Hvilke nye dominerende patientforestillinger er opstået i de seneste årtiers sundhedspolitik, og er der sket afgørende brud i den måde patienten defineres?**

Det andet underspørgsmål har som omdrejningspunkt, hvorvidt der er opstået en patientforestilling på et givet tidspunkt, som har været dominerende for en periode samt hvorvidt (og hvornår) en sådan dominerende forestilling er blevet afløst af en anden dominerende forestilling. Med 'dominerende' refereres til, at der sker en stabilisering af meningsrammen over tid, dvs. at forestillingen bliver gentaget i sådan en grad, at det synes at være blevet et 'normalt' billede af patienten. Med udtrykket 'brud' spørges der således til, hvorvidt der på et eller flere tidspunkter imellem 1970 og 2006 findes nogle afgørende diskursive brud eller skel i mellem de nye forståelser af patienten, som artikuleres i de sundhedspolitiske dokumenter.

Det er vigtigt at bemærke, at der ofte vil kunne findes konkurrerende forestillinger inden for den samme periode. Der kan i nogle tilfælde være tale om tekststykker, som har en pionerstatus i forhold til, at de foregriber et diskursivt brud og peger frem mod en fremtidig diskurs (Neumann 1999).

## **3. Er der sket en institutionalisering af de nye patientforestillinger?**

Nærværende rapport skelner mellem hvorvidt en forestilling eller et ideal er blevet dominerende, og hvorvidt det er blevet institutionaliseret. Når der ovenfor spørges til, hvorvidt en forestilling er dominerende, refereres der til, hvorvidt der er sket en stabilisering af meningsrammen over tid, således at der blevet almindeligt at tale om patienten på en bestemt måde.

I underspørgsmål tre spørges der derimod til, hvorvidt de nye patientforestillinger er blevet indlejret så meget i sundhedspolitikken, at man kan tale om institutionalisering. Der er umiddelbart to former for institutionalisering, som dette spørgsmål kan vurderes ud fra. For det første kan man spørge til, hvorvidt patientforestillingerne har fået så stor gennemslagskraft, at de er blevet diskursivt aflejret i de konkrete sundhedspolitiske kontekster. Dvs. har patientforestillingerne fået gennemslagskraft i de mere specifikke diskussioner af informationssystemer, kvalitet, kommunikation mm. For det andet kan man spørge til, om forestillingerne fører spor videre end diskursen ved at se på, hvorvidt forestillingerne har haft betydning for de videre policy-initiativer. Dvs. om de sundhedspolitiske tiltag afspejler de nye patientforestillinger fx i forbindelse med vedtagelse af lovgivning og aftaler, udmøntning af midler og igangsættelse af nye initiativer. Eksempler kunne være igangsættelse af landsdækkende tilfredshedsundersøgelser, lovgivning om frit valg mm.

## Fremgangsmåde og opbygning

Rapportens teoretiske og metodiske udgangspunkt er diskursanalytisk.<sup>1</sup> Det betyder, at der primært fokuseres på meningssammenhænge frem for fx politikkers forklaringer eller konsekvenser (Foucault 2005, Gottweiss 1998, Neumann 1999, Andersen 1999). Der vil ikke her blive foretaget en nærmere gennemgang af den diskursanalytiske tilganges teoretiske og metodiske implikationer, hvilket skyldes rapportens karakter af en slags baggrundsrapport (eller opslagsværk), der kan fungere som det empiriske grundlag for videre analyser.

Rapporten er en kronologisk gennemgang af væsentlige sundhedspolitiske dokumenter fra 1970 til 2006 afgrænset på hver sin side af de to kommunalreformer. Dokumenterne er udvalgt ud fra deres virkningshistorie. Hermed refereres for det første til deres receptionshistorie, dvs. hvorvidt og hvor ofte de bliver refereret i senere væsentlige kilder. Desuden refereres til deres diskursive relevans, dvs. hvorvidt de har haft en væsentlig betydning i dannelsen af de diskursive meningssammenhænge, som har været dominerende på sundhedsområdet.

Først findes en gennemgang af større rapporter og betænkninger. De fleste af disse er resultatet af udvalgs- og kommissionsarbejder på det sundhedspolitiske eller amtskommunale område. Der er dog undtagelser i tilfælde, hvor det er vurderet, at andre former for dokumenter har haft en stor virkningshistorie. Denne gennemgang er rapportens mest omfattende del.

Efter gennemgangen af de sundhedspolitiske rapporter og betænkninger følger en gennemgang af de årlige økonomiaftaler mellem amterne og regeringen. Mens rapporter og betænkninger læses med det formål at analysere de forskellige diskurshistoriske forestillinger og artikulationer om patienten, læses økonomiaftalerne med et andet formål for øje. Der findes ikke meget lovgivning på sundhedsområdet, og det betyder, at de årlige økonomiforhandlinger er et af de vigtigste fora for regulering af sundhedssektoren. Økonomiaftalerne er dermed et godt sted at kigge hen for at vurdere hvorvidt de idealer, forestillinger og meningsrammer, som er blevet identificeret i dokumentgennemgangen, bliver institutionaliseret i sundhedspolitikken.

Rapportens afsluttes med tre delanalyser, som tager udgangspunkt i de tre underspørgsmål.

---

<sup>1</sup> Diskursanalysen er primært Foucault inspireret (Foucault 2005). Det betyder, at fokuset i høj grad er lagt på stabiliseringen af meningsrammer samt brud mellem forskellige dominerende diskursive formationer. Andre diskursanalytiske tilgange vælger at fokusere på de definitionskampe, der på et givet tidspunkt eksisterer mellem forskellige konkurrerende forestillinger. Dette har i mindre grad været nærværende rapportens formål. At udgangspunktet for analysen er diskursanalytisk betyder bl.a., at der primært fokuseres på meningssammenhænge og dermed ikke i så høj grad på forklaringer, på de konkrete politiske beslutninger eller på politikkers konsekvenser. For analyser af den sundhedspolitiske historie, som ikke har et diskursanalytisk udgangspunkt, se fx Salomonsen (2005), Vallgård & Krasnik (2007), Vrangbæk (1999 & 2002).

# Rapporter og betænkninger

## Perspektivplan I (1971)<sup>2</sup>

I 1968 igangsættes et udvalgsarbejde<sup>3</sup> med navnet perspektivplanlægning med det formål at se på prioriteringen af de samlede offentlige udgifter samt på samspillet mellem de offentlige udgifter og samfundsøkonomien som helhed (PP1:Forord). Hensigten er at skabe muligheder for mere langsigtet planlægning af fx lovgivning og offentlige udgifter. I 1971 udkommer den første udgivelse *Perspektivplanlægning 1970-1989* (herefter PPI). På et overordnet plan konkluderes det, at 1960'ernes vækst i den offentlige sektor på mange områder har været uønsket stor, og at der har været udpræget mangel på styring.

”Det er en afgørende forudsætning for, at eventuelle beslutninger om omprioritering kan ske på et fyldestgørende grundlag og kan få de tilsigtede konsekvenser, at de herfor fornødne *styringsmuligheder tilvejebringes*. Mangel på samlet overblik over udviklingen og utilstrækkelige instrumenter til at påvirke forløbet har bidraget til den voldsomme udgiftsvækst i 1960'erne” (PPI 1971: Første del: 35)

PPI's kapitel om sundhedsvæsenet kan opfattes som et første egentligt forsøg på at tegne rammerne for en dansk sundhedspolitik. Det konstateres, at væksten i sundhedsudgifterne har været høj, og at de tekniske og lægelige fremskridt kan bevirke, at udgifterne i fremtiden vil blive endnu højere. Derfor konkluderes det: ”Behovet for en overordnet planlægning og styring af sundhedsvæsenet ud fra økonomiske kriterier er derfor iøjefaldende.”(PPI 1971: Anden del: 80) og senere: ”Efter arbejdsgruppens skøn kommer man derfor næppe uden om at tilvejebringe en landsomfattende, langsigtet og overordnet planlægning af udviklingen inden for det samlede sundhedsvæsen.” (PPI 1971: Anden del: 97)

Dog bemærkes det, at politisk indblanding på sundhedsområdet er et følsomt emne, hvorfor politikerne hidtil stort set er afstået fra større styrings- og planlægningsinitiativer og i stedet har ladet den teknologiske udvikling bestemme udviklingshastigheden samt ladet lægestanden stå for prioriteringerne.

---

<sup>2</sup> Gennemgangen af de enkelte dokumenter er bygget op over samme skabelon. Først findes en kort beskrivelse af dokumentets baggrund eller status samt en kort gennemgang af dokumentets vigtigste konklusioner. I de tilfælde, hvor der er tale om et dokument med styringsmæssige implikationer, er disse desuden gennemgået i det indledende afsnit. Såfremt dokumentet indeholder en kvalitetsdiskussion, følger den. Herefter følger et afsnit om patientens rolle i dokumentet. Til slut findes en opsummering af de vigtigste pointer i dokumentet. Disse opsummeringer kan læses uafhængigt af den øvrige tekst.

<sup>3</sup> Arbejdsgruppen består af repræsentanter (først og fremmest departementschefer) fra relevante ministerier. I arbejdet med informationsindsamling inddrages desuden departementernes embedsmænd samt styrelserne. Formanden for arbejdsgruppen er departementschef fra finansministeriet Erik Ib Schmidt.

”Fra politisk side har man hidtil været, og vil formentlig fortsat være, tilbageholdende over for at fastsætte normer for omfanget og standarden af de offentlige sundhedsydelse, men har i alt væsentligt ladet disse tilpasse sig efter behovet, således som det opfattes af lægerne” (PPI 1971: Anden del: 81)

En anden årsag til den manglende styring er en ’utilstrækkelig sygehusstatistik’ (PPI 1971: Anden del:93)

På grund af den manglende centrale styring er udviklingen på mange måder ’kommet bag på de formelt bevilgende myndigheder’ (PPI 1971: Anden del:95). Det bemærkes dog, at omkostningsstigningerne langsomt er kommet på dagsordenen: ”Først i de allersidste år er der opstået diskussion om den voldsomme omkostningsstigning i sygehusbyggeriet og om de økonomiske perspektiver i den fortsatte lægevidenskabelige udvikling.” (PPI 1971: Anden del:95) Der er samtidigt blevet skabt bedre muligheder for styring. Bl.a. er det i en ny sygehuslov bestemt, at udbygningsplaner skal godkendes centralt (PPI 1971: Anden del:92). Desuden har kommunalreformen skabt ’bedre forudsætninger for koordinering og planlægning inden for sygehus- og sundhedsvæsenet’ (PPI 1971: Anden del: 97).

Udvalget foreslår, at den politiske planlægning styrkes indenfor i hvert fald fire områder:

- a) En øget forebyggende indsats, hvorved antallet af behandlingskrævende sygdomstilfælde reduceres eller i hvert fald stiger i dæmpet takt
- b) En flytning af behandlingsopgaver fra sygehusene til den ambulante sundhedstjeneste
- c) En mere konsekvent opgavefordeling mellem sygehusene
- d) En rationalisering af arbejdsgangen på det enkelte sygehus”(PPI 1971: Anden del: 81)

Formålet med en mere målrettet indsats på de fire områder vil være, at ”dæmpe væksten i ressourceforbruget uden at der sker en forringelse af den sygdomsbekæmpende indsats” (PPI 1971: Anden del: 81). Denne form for formuleringer er typisk i mange af de efterfølgende policy dokumenter – nemlig ønsket om at dæmpe udgiftsvæksten, rationalisere, effektivisere osv. uden at det går ud over behandlingen (og dennes kvalitet).

Som det senere vil stå klart, er disse fire indsatsområder gennemgående for sygehuspolitikken i lang tid fremover.

### **Patienten i Perspektivplan I**

Patienten er fraværende i dokumentet som andet end en passiv modtager af sundhedsydelser. Som det fremgår af nedenstående citat, er sygdomsbegrebet imidlertid blevet udvidet til at omfatte både psykiske og sociale tilstande, hvilke er en første forudsætning for, at der rykkes ved den klassiske patientforståelse.

”Man har også set, hvordan sygdomsbegrebet er blevet udvidet fra legemlige sygdomme til psykiske afvigelser, og i den seneste tid er en del sociale afvigelser blevet inddraget under sygdomsbegrebet, uden at man kan påvise legemlige, og heller ikke altid psykiske manifestationer som kan begrunde disse afvigelser.” (PPI 1971: Anden del: 85-85)

Forebyggelse defineres i udgangspunktet som tiltag indenfor sundhedsvæsenet: ”Som eksempler på selvstændig forebyggende virksomhed kan nævnes vaccinationer, svangerskabshygiejne, sundhedsplejeordningen og helbredsundersøgelser” (PPI 1971: Anden del: 87). Men også her er der ved at ske en udvidelse af kategorierne, og faktorer som miljøfaktorer, forurening, usunde boligforhold, forkert ernæring, skader på arbejdspladsen, trafikken samt voksende arbejdspress og arbejdstempo nævnes som kilder til sygdom og derfor som områder, hvor forebyggelsen bør sætte ind (PPI 1971: Anden del: 88-89). På intet tidspunkt nævnes patienten dog som ansvarlig eller medansvarlig i forhold til at udsætte sig selv for disse sygdomskilder.

### **Opsummering**

PPI formulerer behovet for en øget styring af sundhedsområdet og udpeger retningen for en fremtidig sundhedspolitik. Mange af de emner som tages op, prioritering, planlægning og en strammere økonomiske styring af sundhedsudgifterne, forebyggelse, omlægning af opgaver fra sygehuse til ambulante behandling, opgavefordeling mellem sygehuse, rationalisering af arbejdsgange samt manglende sygehusstatistik er som nævnt emner, som i flere tilfælde kommer til at præge sygehuspolitikken helt frem til i dag.

Selvom der således ytres et ønske om strammere styring af sundhedspolitikken, findes en politisk usikkerhed eller tøven i forhold til at blande sig i prioriteringen på sundhedsområdet, idet det som anses for professionernes arbejde.

Patienten optræder udelukkende som passiv og objektiveret, men der ses dog tegn på, at sygdomsbegrebet udvides fra at være rent fysisk til at indeholde social-psykologiske træk også. Samtidigt formuleres en forestilling om, at sygdom kommer fra mange forskellige kilder, og at sygdomsforebyggelse ikke længere er noget, der anses for kun at hører hjemme i sundhedssektoren.

### **Perspektivplan II (1973)**

Efter udgivelsen af PPI beslutter regeringen at fortsætte arbejdet på bredere basis. En ny styregruppe sammensættes, og de offentlige repræsentanter suppleres med repræsentanter for forskellige organisationer for hermed også at kunne dække udviklingen i den private sektor.<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> Ud over repræsentanter fra ministerierne indeholder styregruppen nu repræsentanter fra forskellige faglige organisationer fx Butikshandlens fællesråd, LO, DA, Industrirådet mm. Som i arbejdsgruppen for PPI er departementschef fra finansministeriet Erik Ib Schmidt formand.

*PPII: Perspektivplan-redegørelse 1972-1987* udkommer i 1973 og skal ses som en fortsættelse og udvidelse af det arbejde, der var påbegyndt med PPI, dog søges der nu i højere grad ”gennemført en vurdering af spillerummet for alternative forløb”(PPII 1973:14). Hovedformålet er at klarlægge tendenser i samfundsudviklingen, at ”fremhæve, at disse tendenser i for høj grad er og fortsat kan blive bestemt af utilstrækkelig styring frem for en mere bevidst og samlet stillingtagen og prioritering” (PPII 1973:19) samt at illustrere nogle af de mest oplagte prioriteringsproblemer.

I behandlingen af sundhedssektoren er udgangspunktet som i PPI de stigende udgifter til sundhedsvæsenet, som først og fremmest skyldes øgede behandlingsmuligheder frem for en stigende sygelighed (PPII 1973: 482-483).

”De lægelige muligheder og befolkningens forventninger udgør tilsammen en kolossal udfordring, som der har været klar politisk tilslutning til at tage op. Det kan derfor ikke undre, at ressourceforbruget har været hastigt voksende.” (PPII 1973: 483)

Som i PPI står det derfor klart, at en øget styring er nødvendig, hvis udgiftsstigningerne skal begrænses. Og der synes at være tiltag på vej, som giver muligheder for øget politisk kontrol.

Den største barriere er imidlertid den manglende politiske vilje til at begrænse udgifterne. Indtil videre har den politiske styring og kontrol hovedsagligt været begrænset til sygehusbyggeriet. Det skyldes først og fremmest et manglende politisk ønske om at udfordre den lægelige autonomi:

”De ubehagelige beslutninger om, hvorledes indsatsen skal fordeles i den alvorligste del af sygdomspanoramaet, påhviler i dag lægerne (...). Heller ikke den forskningsindsats, der fører an i udviklingen, og som er afgørende for hvilke patientkategorier, der senere vil kunne hjælpes, er underkastet styring gennem de politiske organer” (PPII 1973:489)<sup>5</sup>

Spørgsmålet er derfor, hvorvidt den politiske vilje til styring kan findes:

”De igangværende planlægningsbestrebelse vil styrke kontrolmulighederne og sikre de politiske myndigheder langt større indflydelse fremover. Det er derfor i høj grad den politiske vilje til styring, der vil være afgørende for sundhedsvæsenets udvikling”(PPII 1973:506)

Ud over den politiske vilje kræver en strammere udgiftsstyring en øget omkostbevidsthed hos de professionelle samt udvikling af målemetoder:

---

<sup>5</sup> Med denne henvisning til patientkategorier synes en udvidelse af kategorierne at blive set som en mulighed.



”Det er ikke længere tilstrækkelig motivation, at en foreslået aktivitet har sundhedsfremmende virkninger; man må også overveje om lignende resultater kan opnås på en mere økonomisk måde. De færreste læger eller andet sundhedspersonale er dog trænet i denne tankegang, og det administrative apparat til støtte for effektivitetsvurderinger er endnu højst ufuldstændigt” (PPII 1973:488)

Og igen klages der over utilstrækkelige statistikker på sundhedsområdet (PPII 1973:485)

### **Patienten i perspektivplan II**

I PPII er forebyggelse kun kort behandlet og udelukkende beskrevet som tiltag indenfor sundhedssektoren såsom helbredsundersøgelser af børn, vaccinationer mm (PPII 1973:485). Heller ikke i de øvrige beskrivelser er der tegn på, at patienten opfattes som andet end den passive medicinsk definerede patient.

Det er i den forbindelse bemærkelsesværdigt, at man end ikke anser borgerne som væsentlige at inddrage i debatten om sundhedsvæsenet. De prioriteringer, der grundet ressourceknaphed skal foretages mellem nye behandlingsformer, foretages udelukkende af lægerne.

”De ubehagelige beslutninger om, hvorledes indsatsen skal fordeles i den alvorligste del af sygdomspanoramaet, påhviler i dag lægerne. Forholdet bringes sjældent til offentlighedens kundskab, idet det anses for at være i alles interesse at undgå stærkt følelsesladede reaktioner.” (PPII 1973:489)

Det synes således mest bekvemt at holde offentligheden uden for indflydelse, fordi deres ’følelsesladede reaktioner’ står i stærk modsætning til lægernes rationalitet.

Dog er der en undtagelse. Nemlig når talen falder på praksissektoren, som bestående af liberale erhvervsdrivende er det sted, hvor sundhedsvæsenet kommer tættest på markedsregulering:

”I den primære sundhedstjeneste varetages størstedelen af de egentlige behandlingsopgaver i læge- og tandlægepraksis m.v., hvor styringsmekanismerne har visse træk fælles med markedssystemet i den private sektor. Det er således i det væsentlige fri etableringsret for personer, der opfylder foreskrevne uddannelseskraav. Indtægtsforholdene i praksissektoren er ligeledes i en vis udstrækning bestemt af erhvervsudøvernes egen initiativ og arbejdsindsats. Set fra forbrugerens side er der etableret et element af *frit forbrugsvalg* gennem borgernes adgang til frit at vælge imellem udbydere af praksissektorens forskellige tjenesteydelser” (PPII 1973:485)

”Betalningssystemet dvs. (overenskomsterne) i denne delvist markedsdirigerede del af sundhedsvæsenet må indrettes, så det støtter bestræbelserne på at præsentere den bedste service for de ressourcer, befolkningen ønsker at ofre på sundheden” (PPII 1973:496)

I denne ’markedsdiskurs’ fremstår patienten som forbruger, valg af læge betegnes som ’frit forbrugsvalg’, og der er fokus på begrebet service.

## Opsummering

Som i PPI er der i PPII fokus på manglende politisk styring, manglende omkostningsbevidsthed hos professionerne samt mangelfuld statistik. Særligt interessant er det tidlige fokus på nødvendigheden af at opbygge et administrativt apparat, som kan gennemføre effektivitetsvurderinger- og målinger.

Sammenlignet med PPI synes PPII at have en lidt mere konsekvent holdning til, at den politiske vilje til styring må og skal ændres. Udfordringen af den professionelle autonomi samt ønsket om politisk kontrol i forhold til sundhedsudgifter og prioritering bliver et stærkt tema i de efterfølgende år.

Hverken patienten eller borgeren opstræder i en aktiv rolle i forhold til sundhedssektoren. Tværtimod ses borgerne som 'følelsesladede', og de bør ikke inddrages i fx spørgsmål om prioriteringer på sundhedsområdet.

I beskrivelsen af praksissektoren kan man imidlertid tale om en brugerorientering i beskrivelserne af service og frit forbrugsvalg i forbindelse med valg af læge.

## Sundhedsprioriteringsudvalget (1977)

Såvel PPI og PPII har peget på en styrkelse af den primære sundhedssektor som en mulighed for at skabe besparelser på sundhedsområdet. I 1974 stilles et forslag til en folketingsbeslutning om at udvikle en overordnet plan for sundhedssektoren, som skal sigte mod en udbygning af den primære sundhedstjeneste. Sundhedsprioriteringsudvalget<sup>6</sup> bliver nedsat senere i 1974 for bl.a. at vurdere, om en sådan styrkelse vil føre til besparelser.

Prioriteringsudvalget får til opgave at "tilvejebringe et grundlag for en overordnet prioritering af indsatsen inden for sygebehandling og sygdomsforebyggelse med det sigte at udnytte de begrænsede ressourcer mest muligt." (Indenrigsministeriet 1977: 5). Dette skal bl.a. gøres på baggrund af PPII's resultater.

Desuden har udvalget til at opgave at undersøge hvilke statistisk og økonomisk materiale, der fremover vil være behov for i vurderingen af ressourceforbruget. Herudover skal udvalget vurdere "de ressourcemæssige konsekvenser af en eventuel øget sygdomsforebyggende indsats" (Indenrigsministeriet 1977: 5). I 1977 udkommer udvalgets *Betænkning om grundlaget for en overordnet prioritering af indsatsen inden for sygebehandling og sygdomsforebyggelse*.

---

<sup>6</sup> Udvalget består af repræsentanter for væsentlige ministerier og styrelser, de politiske partier, de kommunale organisationer samt de sundhedsfaglige organisationer. Formand for udvalget er departementschef for indenrigsministeriet J.H. Zeuthen.

I forhold til spørgsmålet om at styrke den primære sundhedstjeneste konkluderer udvalget, at de ”ikke på det nuværende informationsgrundlag kan anbefale en bredere opgaveforskydning mellem de forskellige dele af sundhedsvæsenet indbyrdes eller imellem sundhedsvæsenet og det tilgrænsende sociale område” (Indenrigsministeriet 1977: 51).

I stedet konkluderer udvalget, at en bedre ressourceudnyttelse vil kræve, at der gøres en større indsats for at koordinere og samordne funktionerne i sundhedsvæsenets forskellige dele:

”Af hensyn til en rationel ressourceudnyttelse og optimal patientbehandling finder arbejdsgruppen det væsentligt at intensivere bestræbelserne på at skabe en helhedsvurdering af sundhedsvæsenet og bryde med hidtidige traditioner, hvorefter sundhedsvæsenets forskellige dele i vid udstrækning har fungeret uden bevidst indbyrdes hensyntagen. Sideløbende hermed må effektiviteten inden for sundhedsvæsenets enkelte dele søges fremmet.” (Indenrigsministeriet 1977:39)

Dette gælder fx i forhold til samarbejdet mellem praksissektoren og sygehusvæsenet, hvor ”der er behov for et øget samarbejde om patienterne både før, under og efter indlæggelsen” (Indenrigsministeriet 1977:39). Det krav om øget koordination og samordning, som formuleres her, får stor betydning for sundhedspolitikken fremover.

Udvalget anbefaler desuden, at der skabes større omkostningsbevidsthed hos de professionelle både i den daglige drift og i planlægningen.

En stor del af rapporten handler desuden om forebyggelse ”som et vist alternativ til en udbygning af behandlingssektoren” (Indenrigsministeriet 1977:51). Det anbefales, at den sundhedsforebyggende indsats øges både i sundhedssektoren og i andre samfundssektorer.

Desuden finder udvalget, at hvis en bedre planlægning og prioritering skal kunne finde sted, så kræver det ”en væsentlig udbygning af det i dag eksisterende informationssystem” (Indenrigsministeriet 1977:52).

Det er værd at bemærke, at disse emner allerede var nævnt i perspektivplanerne. I forhold til perspektivplanerne er det i prioriteringsudvalgets rapport imidlertid ikke længere kontroversielt eller problematisk at diskutere politisk indblanding i prioriteringerne på og planlægning af sundhedsområdet, og den usikkerhed, der fandtes tidligere i forhold til at udfordre de professionelle autonomi, synes således at være aftaget.

### **Patienten i prioriteringsudvalgets betænkning**

En opprioritering af sygdomsforebyggelsen står som nævnt som et af udvalgets mest markante forslag. Som i PPI er der både fokus på forebyggelsen indenfor sundhedsvæsenet via behandling samt på forskellige faktoreres betydning såsom arbejdsmiljø, boligstandard, trafikområdet, bedre levnedsmidler samt beskyttelse mod miljøforurening (Indenrigsministeriet 1977:19,27). Men hvor PPI og PPII synes at lægge det primære fokus på den forebyggende behandling (inden for

sundhedssektoren), beskrives det nu, hvordan det kun i begrænset omfang er muligt at behandle sig ud af de eksisterende sygdomsproblemer.

I tilknytning til det skiftende fokus fra forebyggende behandling til forebyggelse, som noget der i høj grad foregår udenfor sundhedssektoren og som ikke kun omhandler fysiske, men også psykosociale forhold, artikuleres samtidigt en øget opmærksomhed omkring individets eget ansvar i forhold til helbredstilstanden og dermed nødvendigheden af holdningsændringer hos befolkningen. Med forslaget om en 'forstærket sundhedspædagogisk indsats' beskrives det således:

”Det er arbejdsgruppens opfattelse, at vidtgående holdningsændringer i forskellige dele af samfundet er nødvendige. Det er ikke tilstrækkeligt, at politikere, administratorer og fagfolk, i højere grad end tilfældet er i dag, indser betydningen af øget forebyggende indsats. Det er nødvendigt, at der i hele befolkningen skabes en større forståelse for og bevidsthed om individets eget ansvar – og betydningen af egen indsats — for helbredstilstanden. Det er med andre ord af fundamental betydning, at den enkelte person virkelig forstår, at han selv bærer et ansvar for sin sundhedstilstand, og at man ikke altid kan regne med, at sundhedsvæsenet vil være i stand til at genoprette helbredet, når sygdom indtræder.”  
(Indenrigsministeriet 1977:30)

Styrkelsen af den sundhedspædagogiske indsats foreslås dels som ”en pædagogisk indsats over for den enkelte samfundsborger for at lære ham at forstå betydningen af egen adfærd for egen sundhedstilstand og at handle efter denne forståelse” (Indenrigsministeriet 1977:30). Dels i forhold til at få beslutningstagere til at indtænke de sundhedsmæssige virkninger af deres handlinger.

En af metoderne til at fremme det individuelle ansvar er oplysning:

”Endelig udfoldes der såvel inden for sundhedsområdet som i uddannelsessektoren (f. eks. folkeskolen) en vis oplysningsvirksomhed dels med et positivt sigte i form af anvisninger og anbefalinger af forskellige foranstaltninger, såsom oplysning om anvendelse af svangerskabsforebyggende midler, dels med et negativt sigte i form af advarsler om sygdomsrisici, eksempelvis i forbindelse med alkohol- og stofmisbrug, tobaksrygning, trafiksikkerhed og sikkerhed på arbejdspladsen.” (Indenrigsministeriet 1977:19)

Og senere er der ikke blot tale om oplysning, men desuden om opdragelse af befolkningen: ”Endelig peges på sundhedsoplysning og -opdragelse som væsentlige områder for den fremtidige indsats.”(Indenrigsministeriet 1977:26)

Således opstår forestillingen om det socioøkonomisk ansvarlige individ, som for at aflaste sundhedsvæsenet på den ene side må lære at tage vare på sit helbred og forstå betydning af sundhedsskadelig adfærd og på den anden side må lære at forstå, at der er en grænse for sundhedsvæsenets muligheder.

Det er imidlertid kun i forbindelse med forebyggelse at det ansvarlige individ optræder. I forhold til det øvrige sundhedsvæsen er patienterne stadig først og fremmest artikuleret som passive. De er ikke inddraget på nogen måde i styringen og i den lange diskussion om informationssystemer næves patienterne ikke som mulige modtagere af information.

### **Opsummering**

Med prioriteringsudvalgets rapport synes den politiske indflydelse i forhold til fx strammere økonomisk styring samt i forhold til prioritering på sundhedsområdet ikke længere at være et ømtåleligt emne. Den politiske styring kan siges at være blevet sedimenteret, dvs. den er gået fra at være kontroversiel og problematisk til at være helt uproblematisk og naturlig (Kjær 2008: 120).

Udvalget konkluderer, at der ikke er grund til at sætse på at lægge funktioner fra sygehusvæsenet og over til praksissektoren, men at der i stedet skal sætzes på at skabe bedre sammenhæng og koordination mellem sundhedssektorens enkelte dele, at skabe øget omkostningsbevidsthed hos professionerne, at skabe bedre informationssystemer samt at udbygge forebyggelsesindsatsen.

I det meste af prioriteringsudvalgets rapport har vi at gøre med den passive patient som bl.a. beskrives af Parsons i begrebet 'the sick role' (Parsons, 1961). Men på ét område adskiller patienten sig væsentligt fra den klassiske forestilling om patienten nemlig i forbindelse med forebyggelse. Forebyggelse ses nu ikke primært som behandling, men primært som et alternativ til behandling i den forstand, at det kan afholde befolkningen fra at blive syge. Og her er der brug for patienternes hjælp. Befolkningen må for det første oplyses og opdrages til at tage vare på deres helbred, således at de kan aflaste sundhedsvæsenet. Desuden skal der skabes en holdningsændring i forhold til at holde befolkningens forventninger til sundhedssektoren i ave. Hermed betragtes den almindelige borger som en potentiel patient, der må oplyses, opdrages og tage ansvar for at undgå at ende som egentlig patient. Med forebyggelsens udvidelse sker der således samtidig en betragtelig udvidelse af patientbegrebet til også at omfatte de, som endnu ikke er patienter.

Idealet om den samfundsøkonomisk ansvarlige patient opstår på denne måde som følge af bestemte policy problemer nemlig som følge af, at væksten skal kontrolleres, og at der derfor skal prioriteres i sundhedssektoren. Ved at passe på sit helbred og ved at forvente sig mindre af sundhedsydelse bliver idealet om den ansvarlige patient en del af løsningen på disse problemer.

## Produktivitetsudvalget (1984)

Produktivitetsudvalget<sup>7</sup> nedsættes for at undersøge mulighederne for en effektivisering af sygehusdriften med henblik på en bedre udnyttelse af ressourcerne. Særligt ledelsesforhold og arbejdstilrettelæggelse er i fokus for undersøgelsen (Indenrigsministeriet 1984:5).

Hvor de tidligere rapporter er skrevet på et tidspunkt med stærk stigende vækst i sundhedsudgifterne, skriver produktivitetsudvalget deres rapport på et tidspunkt, hvor den årlige vækst grundet en stram udgiftspolitik er faldende, og hvor budgetterne fra 1983 endda viser, at væksten er blevet erstattet af et mindre fald i udgifterne (Indenrigsministeriet 1984:18).

I rapporten *Sygehusenes organisation og økonomi* fra 1984 skelner udvalget mellem effektivitet og produktivitet:

”Væksten i sygehusenes forbrug af ressourcer rejser to spørgsmål. Det ene spørgsmål er, om sygehusene ud fra hensynet til patienterne på tilfredsstillende måde og i tilfredsstillende omfang løser de opgaver, som er henlagt dem. Det er et spørgsmål om samfundsmæssig effektivitet. Det andet spørgsmål vedrører produktiviteten. Her er spørgsmålet, hvordan forholdet mellem ressourceforbruget og indsatsen i patientbehandlingen og patientplejen har udviklet sig.” (Indenrigsministeriet 1984:7)

Det konkluderes, at effektiviteten er næsten umulig at måle, dels fordi de politiske instanser aldrig har præciseret, hvad der forventes af sygehusene, dels fordi det er svært at formulere sådanne krav og dels pga. den politiske proces:

”Der er styringsmæssigt en risiko for, at det bliver sygehusenes behandlingstilbud, som kommer til at bestemme politikernes og dermed samfundets forventninger til sygehusene, og ikke, som man ideelt kunne tro, politikernes på forhånd formulerede krav til sygehusene og deres medarbejdere” (Indenrigsministeriet 1984:25)

Ud fra et styringsmæssigt synspunkt er det interessant, at det på den måde hævdes, at der ikke fra politisk hold findes nogle overordnede mål for sundhedssektoren – og såfremt effektivitet anses som målopfyldelse, vil det da naturligvis blive svært at vurdere effektiviteten.

Desuden er der tekniske problemer ved at måle effektiviteten, bl.a. fordi de mål, det er muligt at fremskaffe tal på såsom levealder og spædbarns dødelighed, ikke kun kan tilskrives udviklingen i sundhedssektoren.

---

<sup>7</sup> Udvalget består primært af repræsentanter fra professionerne. Professor Jørgen Grønnegård Christensen er formand.

Der er nogle af disse problemer (både i forhold til formulering og præcisering af krav til sygehusene samt i forhold til at løse de tekniske problemer) som arbejdet med kvalitetssikring og -udvikling i 1990'erne og frem forsøger at finde svar på.

Produktivitetsudvalget kommer imidlertid til den konklusion, at frem for at bedømme effektiviteten kan man i stedet bedømme produktiviteten, som er anderledes mulig at måle, fx ved omkostninger pr. produceret ydelse.

”Den samfundsmæssige effektivitet er et udtryk for målopfyldelsen. Den kan være høj, uanset hvordan produktiviteten udvikler sig. Produktiviteten fortæller noget om, hvordan de givne ressourcer udnyttes. Den giver grundlag for sammenligninger mellem sygehusene indbyrdes, mellem afdelinger og andre underordnede enheder på sygehusene, og den giver grundlag for sammenligninger af ressourcernes udnyttelse over tid” (Indenrigsministeriet 1984:30)

Udvalget konkluderer, at produktiviteten i sygehusvæsenet er vigende, og at den største årsag skal findes i manglende incitamenter: ”Generelt må den vigende produktivitet på sygehusene tilskrives de forholdsvis svage incitamenter til forbedring af ressourceudnyttelsen” (Indenrigsministeriet 1984:9) og ”Hidtil har læger og sygeplejersker ikke haft tilstrækkelig tilskyndelse til at inddrage økonomiske overvejelser i deres løbende dispositioner.” (Indenrigsministeriet 1984:53)

De manglende incitamenter kan dels tilskrives svagheder i ledelsesstrukturen, fordi det ’udførende ansvar’ og det ’økonomiske ansvar’ ofte ikke følges ad. Desuden betyder mangelfulde og ikke tilstrækkeligt anvendelsesorienterede informationssystemer, at det ikke altid er muligt at vurdere de økonomiske konsekvenser af beslutningerne (Indenrigsministeriet 1984: 9-10, 50-63).

Ud over de manglende incitamenter kan den manglende produktivitet tilskrives beskeden opmærksomhed omkring den driftsøkonomiske side af sundhedsvæsenet, en mindre stram styring af forbrug af ressourcer (fordi hensynet til beskæftigelsen til tider har betydet mere end hensynet til produktiviteten) en manglende samordning samt en utilstrækkelig tilpasningsdygtighed (Indenrigsministeriet 1984:61)

Udvalget foreslår derfor en udbygning og rationalisering af informationssystemerne, en modernisering af patientjournalerne<sup>8</sup>, en mere dynamisk ledelse (uden at der dog peges på én ledelsesmodel), sammenlægninger af små enheder til ’optimale enheder’ samt bedre

---

<sup>8</sup> ”Det anses for u hensigtsmæssigt at journalerne er opdelt i en læge- og en sygeplejejournal. Det foreslås derfor, at det på længere sigt tilstræbes, at der på hvert sygehus kun oprettes én journal pr. patient. Desuden foreslås det, at der sættes forsøg i gang som baseres på ’den nyeste informationsteknologi” (Indenrigsministeriet 1984:12)

arbejdstilrettelæggelse og videreuddannelse (Indenrigsministeriet 1984: 13-14). Desuden bemærkes det, at det er nødvendigt at etablere et positivt samarbejds-klima mellem stat og decentralt niveau (Indenrigsministeriet 1984:125-126).

Til trods for at der er tale om behovet for at øge incitamentsstrukturerne i sygehusvæsenet, så står det klart, at der ikke er tale om et ønske om øget markedsstyring. De reformer, der foreslås, skal således foretages med respekt for de grundlæggende træk i det danske sygehusvæsen: ”Det vil sige, at reformerne ikke forsøger at indføre nogen form for markeds-mæssige mekanismer” (Indenrigsministeriet 1984:67).

Heller ikke decentraliseringen sættes under pres:

”Blandt de serviceopgaver, som varetages af kommunerne og amtskommunerne, er driften af sygehusene utvivlsomt den, hvor staten i mindst omfang har forsøgt en direkte styring. Bortset fra fastlæggelsen af de helt overordnede rammer for udbygningen af sygehusvæsenet har det været overladt til sygehusejerne, det vil først og fremmest sige amtskommunerne, selv at bestemme indsatsen på området. Der er i modsætning til, hvad der f.eks. gælder på andre institutionsområder, ingen tradition for statslig styring af standarden i ressourceforbruget. I overensstemmelse med denne tradition er de forslag, som præsenteres i det følgende, i alle tilfælde tiltag, som ønsket iværksat på det lokale plan” (Indenrigsministeriet 1984: 64)

Dog er det værd at lægge mærke til, at problematikkerne omkring markeds-gørelse og centralisering for første gang behandles, og det synes nødvendigt at fastslå, at hverken decentraliseringen eller sygehusvæsenets forskellighed i forhold til et markedssystem er i fare.

### *Kvalitet*

I produktivitetsudvalgets rapport spiller begrebet kvalitet for første gang en rolle. Kvalitet skal her forstås som de forbedringer i behandlingen, som de lægevidenskabelige og teknologiske udviklinger tillader.

Kvaliteten eller de kvalitative udviklinger har først og fremmest betydning fordi, de på forskellige måder kan påvirke produktiviteten – enten i positiv eller i negativ retning.

”For det andet vanskeliggøres opgørelsen af sygehusenes ydelser af de kvalitetsmæssige ændringer, som finder sted i behandlings- og plejeindsatsen. På grund af den lægevidenskabelige, farmakologiske, teknologiske og plejefaglige udvikling er det i dag muligt at give en anden og mere effektiv behandling og pleje af en række sygdomme end tidligere (...). Sådanne kvalitative ændringer i patientbehandlingen og -plejen påvirker selvfølgelig udviklingen i produktiviteten. Somme tider vil den forbedrede indsats føre til en lavere produktivitet. I andre tilfælde vil disse kvalitative landvindinger kunne gå hånd i hånd med en forbedret produktivitet. Hvad resultatet end måtte være, vil en ukritisk anvendelse af simple mål for udviklingen i sygehusenes ydelser være uhensigtsmæssig, fordi den ser bort fra den kvalitative udvikling i virksomheden” (Indenrigsministeriet 1984:27)



Produktivitetsmålenes ulempe er således, at de ikke nødvendigvis tager højde for kvaliteten i behandling. På den måde synes kvaliteten at henføre til sygehusenes effektivitet og målopfyldelse, der som før beskrevet af flere forskellige årsager, bl.a. manglende politisk mål, er ikke-målbare. Produktiviteten er da det eneste brugbare mål i sundhedssektoren.

Disse overvejelser over produktivitet og kvaliteten betyder desuden, at opfordringer til at øge produktiviteten ofte følges af et 'uden at det går ud over kvaliteten', som i følgende citat:

"De enkelte medarbejdere og de enkelte afdelinger og andre enheder på sygehusene må kunne se deres egen fordel i at forbedre produktiviteten uden at det går ud over kvaliteten i deres service overfor patienterne eller samtidig med, at denne forbedres."  
(Indenrigsministeriet 1984:66)

Citatet viser desuden, at begrebet service nu bliver brugt i forbindelse med hospitalssektoren og ikke kun i forbindelse med praksissektoren som i PPII.

### **Patienten i produktivitetsudvalgets rapport**

Patienten synes at spille en større rolle i nærværende rapport sammenlignet med de tidligere. For det første indgår patienten i højere grad i begrundelserne for de foreslåede forbedringer. En øget måling af sygehusenes produktivitet, som er rapportens primære ærinde, begrundes således i patienter og potentielle patienters krav til sygehusvæsenet:

"Som patienter eller potentielle patienter har borgerne krav på, at sygehusene har mulighed for ressourcemæssigt at yde en tidssvarende indsats i undersøgelser, behandling og pleje. Som skatteydere har borgerne samtidigt krav på, at de ressourcer, som de bidrager med til driften af sygehusene, udnyttes bedst muligt" (Indenrigsministeriet 1984:30)

Og:

"Da der politisk ikke kan opstilles nogen præcis målsætning for sygehusene, fastlægges de overordnede rammer for deres virksomhed gennem den politiske stillingtagen til, hvor mange ressourcer der ud fra hensynet til patienterne, til medarbejdernes løn og arbejdsforhold samt til samfundets økonomiske formåen skal anvendes på sygehusområdet. Under de vilkår bliver vurderingen af sygehusenes indsats i betydeligt omfang til et spørgsmål om deres udnyttelse af de til enhver tid givne ressourcer. En tilfredsstillende og over tid helst forbedret produktivitet bliver afgørende for, om patienterne på sygehusene får den service, der i omfang og kvalitet står mål med ressourceforbruget." (Indenrigsministeriet 1984:30)

Det skal bemærkes, at der her igen er en henvisning til de manglende politiske mål for sundhedssektoren.

Også andre tiltag og mangler begrundes i patienten, fx informationssystemerne:

”Driften af sygehusene forudsætter indsamling, bearbejdning og fordeling af store mængder af informationer. Det er nødvendigt af hensyn til patienterne og af hensyn til koordination og styring af driften.” (Indenrigsministeriet 1984:11)

Det samme gør sig gældende med patientjournalerne: ”Adskillelsen af journalerne [i en læge- og en sygeplejefjournal] er hverken tilfredsstillende ud fra et patientsynspunkt eller ud fra et ressourcensynspunkt” (Indenrigsministeriet 1994:12)

Desuden finder vi for første gang en indgående beskrivelse og diskussion af patientforløbet. Dog er aktørerne her næsten udelukkende de professionelle på de forskellige afdelinger og patienten er først og fremmest som passiv. Det skår dog klart, at patienten i stigende grad er det objekt, som læger og sygeplejersker organiserer deres arbejde omkring.

Patienten artikuleres andetsteds mere direkte som en aktør i behandlingsforløbet. Det sker i en beskrivelse af sygeplejerskens rolle:

”Det er en vigtig opgave for sygeplejersken at aktivere og motivere patienten. Det forudsætter, at der gives undervisning, vejledning og rådgivning til et niveau, hvor patienten bliver i stand til at anvende denne viden. I disse sammenhænge er også sygeplejerskens kontakt til og medinddragelse af de pårørende vigtig” (Indenrigsministeriet 1984:34)

Som det fremgår skal ikke bare patienten selv, men også patientens pårørende medinddrages i patientens pleje. Det beskrives desuden, hvordan der de seneste år har været en positiv udvikling i behandlingsformerne, som har ført til kortere indlæggelser og flere ambulante behandlinger. Denne udvikling tilskrives til dels lægernes forbedrede evner til at inddrage patienterne i behandlingen:

”Det er imidlertid også en udvikling, som må tilskrives en ændret lægelig holdning til, hvordan man bedst muligt behandler bestemte lidelser og at inddrage patienter i behandlingen. Der er på denne måde tale om, at lægerne gradvis har taget tidligere alment accepterede behandlingsprincipper op til kritisk revision og på denne måde gennemført ændringer, som af patienterne opleves som en forbedret service.” (Indenrigsministeriet 1984:35)

Og på samme måde med sygeplejen:

”Ganske på samme måde pågår der også inden for sygeplejen en stadig kritisk diskussion af hidtidige plejeforhold og den plejeforsikring, som er opbygget på dette grundlag. Denne faglige debat har sat en udvikling i gang, hvor man fra sygeplejeside bestræber sig på at ændre plejeforholdene med henblik på en mere aktiv anvendelse af patienternes egne ressourcer. Sigtet er, så vidt det er muligt, at aktivere og medinddrage patienterne i undersøgelsen, behandlingen og plejen. I praksis indebærer det, at patienten i størst muligt

omfang søges sat i stand til at klare i hvert fald en del af de opgaver, som traditionelt er indgået i plejerutinerne” (Indenrigsministeriet 1984:35)

Patientens inddragelse i behandlingen kan ses i tæt sammenhæng med ønsket om ressourcebesparelser og forbedret produktivitet. Jo mere patienterne kan klare selv, jo mere aflastes sygeplejerskerne og lægerne i deres arbejde. Og som det fremgår i det ene af de ovenstående citater, har medinddragelsen af patienten allerede ført til kortere indlæggelser og flere ambulante behandlinger. På den måde er der god overensstemmelse med det tidligere beskrevne ideal om den samfundsøkonomisk ansvarlige patient, som trækker så lidt som muligt på sundhedsvæsenet. Involveringen af patienterne aflaster således systemet, samtidigt med at det opleves som 'en forbedret service' af patienterne.

Den ændrede holdning til patienternes inddragelse finder sted samtidigt med, at psykosociale forhold spiller en stadig større rolle. Dette gælder ikke længere kun i forbindelse med diskussionen af forebyggelse, men nu også i det egentlige behandlingsforløb:

”I de lægelige arbejdsopgaver med relation til patientforløbet indgår endelig en koordination og planlægning af den diagnostiske og behandlingsmæssige proces, der tager udgangspunkt i patientens psykiske ressourcer, familie- og arbejdsmæssige situation samt i bredere forstand patientens sociale situation” (Indenrigsministeriet 1984:34)

I den forbindelse nævnes det desuden, at der er en tendens til at gå væk fra ensartede plejerutiner og mod pleje og behandling, hvor der lægges mere vægt på patientens individuelle situation (Indenrigsministeriet 1984:35).

### **Opsummering**

Med produktivitetsudvalgets rapport står det om muligt endnu mere klart end tidligere, at ressourceforbrug i sundhedssektoren er blevet et helt centralt politisk problem. Det er imidlertid ikke ønsket om at begrænse udgiftsstigninger, som er rapportens formål, idet en årrække med stram udgiftspolitik allerede har fået væksten under kontrol. I stedet er fokuset på en forbedret ressourceudnyttelse, og i den forbindelse kommer ønsket om at kunne måle og sammenligne sundhedsydelserne for alvor på dagsordenen.

Rapporten skelner mellem effektivitet og produktivitet og konkluderer, at mens det ikke er muligt at måle sundhedsvæsenets effektivitet dvs. det målopfyldelse, bl.a. pga. manglende politiske mål og tekniske problemer, så er det derimod muligt at måle produktiviteten, som siger noget om, hvordan ressourcerne udnyttes i sundhedssektoren. Udvalget konkluderer, at produktiviteten er vigende, og at den største årsag til dette skal findes i manglende incitament. Som løsning peges der på forbedret ledelse, informationssystemer, patientjournaler, arbejdstilrettelæggelse mm. Incitamentsspørgsmålet løses således ikke via en øget konkurrence eller øget markedsstyring, men det er værd at bemærke, at incitamentsspørgsmålet er kommet på dagsordenen.

I diskussionen af produktivetsmålingerne dukker en kvalitetsdiskussion op. Kvalitet forstås som forbedringer og udviklinger i behandlingen og kan kædes sammen med effektivitet og målopfyldelse. Kvalitet og effektivitet kommer da til at stå som det umålbare overfor produktiviteten som det målbare.

Patienten fylder en del i rapporten. For det første begrundes nye initiativer og fokusområder i høj grad i patienten og dennes krav til sundhedsvæsenet. For det andet har patientforløbet en stor plads i rapporten. For det tredje optræder patienten som en aktør i behandlingsforløbet for første gang. Patienten skal aktiveres, motiveres og inddrages i behandling og pleje for dermed blive i stand til selv at klare så mange opgaver som muligt. Aktiveringen og ansvarliggørelsen af patienten kan dermed knyttes tæt sammen til det tidligere beskrevne ideal om det samfundsøkonomisk ansvarlige individ, som trækker mindst muligt på sundhedsvæsenet.

### **Sundhed for alle i år 2000 (1985)**

I 1984 blev WHO's mål for en europæisk sundhedspolitik vedtaget under målsætningen *Health for All by the year 2000*. I den forbindelse blev der i 1985 udgivet en dansk publikation omhandlende de europæiske mål i et dansk perspektiv. Fokus for målsætningen om sundhed for alle er ændringer i livsstilen, forbedrede livsforhold, forebyggelse samt en forstærket indsats i den primære sundhedssektor. Det konstateres, at Danmark allerede arbejder med en styrkelse af den primære sundhedstjeneste (bl.a. ved Samordningsudvalgets nedsættelse).

Dokumentet er medtaget i nærværende gennemgang grundet dets betydning for den fremtidige sundhedspolitik. Teksten har en stor receptionshistorie og synes samtidigt at have haft stor betydning for den sundhedspolitiske diskurshistorie – fx på forebyggelsesområdet. Desuden fungerer dokumentet på flere områder som en pionertekst (fx Neumann 1999), idet det foregriber det diskursive brud, som finder sted omkring i starten af 1990'erne i patientdiskursen.

#### *Kvalitet*

Dokumentet kan siges at have pionerstatus i dets behandling af kvalitet, idet det synes at pege frem mod det øgede fokus på måling af kvalitet og kvalitetssikring, som ellers først og fremmest findes fra starten af 1990'erne og frem. Sammenlignet med kvalitetsforståelsen i fx produktivetsudvalgets rapport udvides kvalitet til at omfatte mere end blot udvikling. Det omfatter nu også sikkerhed, effektivitet og ikke mindst brugertilfredshed:

”Sundhedsvæsenets kvalitet må vurderes bredere end blot ved at tage hensyn til teknisk udvikling og eksperters dygtighed. Sundhedsvæsenets sikkerhed, effektivitet og hensigtsmæssighed i forhold til befolkningens behov må også med. Sundhedsvæsenets ydelser skal være tilgængelige og acceptable for brugerne, og tilfredshed og betydningen af sundhedstjenestens virkning på den sociale og økonomiske udvikling må med i vurderingen. Det er derfor en omfattende og kompliceret opgave at vurdere kvaliteten.”  
(Indenrigsministeriet og Sundhedsstyrelsen 1985a:37)

Derudover er der et nyt fokus på kvalitetsvurderinger og på, hvordan sådanne foretages:

”Der må formuleres en klar politik vedrørende kvalitetsvurdering i sundhedsvæsenet. En sådan politik bør udformes ret konkret: Hvilke procedurer ønskes vurderet? Hvorledes skal vurderingen foregå? Hvorledes skal sundhedspersonale, politikere og forbrugere samarbejde om disse opgaver? Hvad er forventningerne til og de praktiske konsekvenser af vurderingerne? Opgaverne må være konkret og omhyggeligt udformet for at sikre samarbejdet mellem sundhedspersonale, forskere, sundhedsmyndigheder og forbrugere. Og det må gøres klart, at opgaven ikke alene er at foretage teknologiske vurderinger. Lige så vigtigt er det at overveje og vurdere de økonomiske, sociale og moralske aspekter, såvel ud fra personalets som forbrugers synspunkt” (Indenrigsministeriet og Sundhedsstyrelsen 1985a:38)<sup>9</sup>

Et af de 38 opstillede mål for den europæiske sundhedspolitik lyder, at medlemslandene senest i 1990 bør have ”opbygget effektive mekanismer til sikring af kvaliteten af patientbehandling og -pleje inden for sundhedsvæsenet” (Indenrigsministeriet og Sundhedsstyrelsen 1985a:50). I en dansk sundhedspolitisk kontekst synes kvalitet imidlertid først for alvor at komme på dagsordenen i 1990’erne med fx *National strategi for kvalitetsudvikling* (1993).

### **Patienten i WHO dokumentet**

Rapportens helt overvejende fokus er på sundhedsfremme og forebyggelse, og i den forbindelse dukker patienten op igen og igen, som målet for indsatsen. Der er her, som tidligere, tale om en aktivering og ansvarliggørelse af patienten, som knytter sig direkte til forebyggelseselementet.

Dokumentet sig ind i den før beskrevne forebyggelsesdiskurs, hvor fokuset er gået fra forebyggelse i form af behandling inden for sundhedssektoren til et større fokus på andre sektorer. Inden for sundhedssektoren er det den primære sundhedssektor som er i centrum for forebyggelsesindsatsen:

”Nogle væsentlige punkter i en fremtidig sundhedspolitik må være, at sundhedsfremme og forebyggelse indtager en væsentligt mere fremtrædende rolle end hidtil. Ikke blot den traditionelle sundhedssektor, men alle andre sektorer, hvis virksomhed kan påvirke befolkningens sundhed, må derfor medinddrages. Individet, familien og nærsamfundet må spille en større rolle i sundhedsarbejdet, og bl.a. derfor må hovedvægten i indsatsen fra sundhedsvæsenets side ligge i den primære sundhedstjeneste, d.v.s. den del af sundhedsvæsenet, der ligger uden for sygehusene.” (Indenrigsministeriet og Sundhedsstyrelsen 1985a:12)

---

<sup>9</sup> Det skal bemærkes, at udtrykket ’forbruger’ benyttes jævnligt i nærværende rapport. I forhold til tidligere rapporter, hvor begreberne ’bruger’ og ’forbruger’ først og fremmest blev brugt i forbindelse med praksissektoren, optræder begreberne i WHO dokumentet i flere forskellige kontekster, fx i forbindelse med kvalitetsmåling.

I forbindelse med ansvarliggørelsen og aktiveringen af borgeren som den potentielle patient optræder begreber som information, uddannelse, oplysning og tilskyndelse.

”Et velinformeret og motiveret samfund er afgørende, da et sundt liv først og fremmest skabes af borgerne selv” (Indenrigsministeriet og Sundhedsstyrelsen 1985a:12)

”Uddannelse er en vigtig forudsætning for befolkningens mulighed for deltagelse i og indflydelse på samfundslivet. Uddannelse er også en forudsætning for at forstå de sundhedsmæssige problemer for at kunne foretage velbegrundede valg vedrørende livsstil og for at kunne tage vare på egen sundhed” (Indenrigsministeriet og Sundhedsstyrelsen 1985a:14)

”Når et menneske foretager sig noget, der skader helbredet, kan det skyldes, at det ikke kender risikoen eller et sundere alternativ. Det kan imidlertid også skyldes, at det pågældende menneskes normer og prioriteringer ikke giver tilstrækkelig tilskyndelse til at ændre adfærd. Der er derfor behov for både oplysning og for tilskyndelse til at bruge og efterleve den viden man har. (...) Sundhedsoplysning eller sundhedspædagogik må tage sit udgangspunkt i de lokale sociale og kulturelle mønstre og i de mønstre og i de menneskelige værdinormer. Sundhedsoplysningen bør begynde tidligt i livet, i børnehaver og skoler, med at lade børnene lære sig kroppens funktion, samspillet mellem aktivitet og sundhed” (Indenrigsministeriet og Sundhedsstyrelsen 1985a:26)

Et af målene i den europæiske sundhedspolitik lyder i den forbindelse, at der senest i 1990 i alle medlemslande bør ”forefindes uddannelsesprogrammer, som fremmer befolkningens viden, motivation og evner til at opnå og bevare sund livsstil” (Indenrigsministeriet og Sundhedsstyrelsen 1985a:48)

Skal befolkningen leve sundere er det imidlertid ikke nok at borgerne er oplyste og motiverede. De skal også have reel mulighed for at træffe de ’rigtige’ valg:

”Det er vigtigt, at politikerne lægger rammer for det enkelte menneskes livsudfoldelse således, at der ikke bare eksisterer valgmuligheder, men også, at de sunde valg gøres mest tiltrækkende. Der må være både sociale og økonomiske muligheder for at træffe de sunde valg” (Indenrigsministeriet og Sundhedsstyrelsen 1985a:23)

Desuden er der en forståelse for, at indgroede vaner ikke bare sådan lader sig ændre ved skræmmekampagner:

”Man ved en del om, hvilke evner og færdigheder, der giver det enkelte menneske mulighed for at leve en tilfredsstillende tilværelse og træffe de nødvendige valg. Også de valg som er nødvendige for et sundt liv. Det er ikke mindst evner til at formulere hvad der er et problem, til at finde løsninger på problemet og til at træffe et valg. Desuden evner til at løse konflikter og til både at samle oplysninger og viden og til at gøre sine egne synspunkter gældende. Sådanne evner og færdigheder udvikles lettest i barndom og ungdom. Dagliglivets

vaner og den måde, som mennesker håndterer belastede og pressede situationer, udvikles gennem en livslang proces. Det kan være svært at ændre etablerede vaner. Det nytter derfor ikke at dadle offeret for usunde levevaner. Autoritær sundhedslære og skrækkampagner skaber ikke sund livsstil.” (Indenrigsministeriet og Sundhedsstyrelsen 1985a:24)

Og senere om sundhedsskadelig adfærd:

”Mange mennesker lever på en måde, som er skadelig for deres helbred. Ikke fordi de ønsker det. Snarere fordi de ikke har muligheder for at træffe sunde valg. Den adfærd, der nedbryder helbredet, bør ikke fordømmes som uklog eller umoralsk afvigende (...). Indsatsen må både have et generelt sigte og rette sig til det enkelte menneske i form af bedre støtte til at ændre truende livssituationer” (Indenrigsministeriet og Sundhedsstyrelsen 1985a:27)

Derfor er det vigtigt at sætte ind overfor især børnene:

”Vigtig er udviklingen af sundhedsfremmende indsats i daginstitutioner, skoler, legegrupper, ungdomsgrupper m.v. med henblik på, at børn og unge lærer at tage vare på deres egen sundhed. I skolerne kan børnenes opmærksomhed over for deres egen sundhed udvikles og børnenes evner til at træffe sunde valg kan styrkes.” (Indenrigsministeriet og Sundhedsstyrelsen 1985a:25)

Desuden bør der sættes på forskning i fx livsstile og forbrugsvaners sundhedsmæssige betydning:

”Det vigtigste perspektiv ligger i sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse. Derfor må den forskning udvikles, som giver bedre forståelse for sundhed og for at undgå sygdom og for at styrke den enkeltes naturlige muligheder for at bevare sin sundhed” (Indenrigsministeriet og Sundhedsstyrelsen 1985a:39)

”Det er vigtigt at få belyst betydningen af den tidlige læreproces og meningsdannelsens betydning for adfærden i gruppen. Der må gennemføres studier af menneskers evne til at reagere hensigtsmæssigt på belastninger og betydningen af menneskelig støtte og omgivelsernes betydning for livsstilen. Hvorfor har de fleste mennesker vaner, som de egentlig godt ved er sundhedsskadelige? På baggrund af sådan forskning må det undersøges, om det er muligt, at udvikle bedre metoder til ved oplysning at øge befolkningens interesse for sundhedsfremme og beskyttelse af omgivelserne.” (Indenrigsministeriet og Sundhedsstyrelsen 1985a:40)

Ud over det store fokus på individet i en forebyggelsessammenhæng er der desuden opmærksomhed omkring den patient, som allerede er i behandlingssystemet. Her er der, som i produktivitetsudvalgets rapport, fokus på, at patientens helhedssituation bør inddrages i behandlingen og ikke blot den medicinske diagnose:

”Det traditionelle medicinske diagnosesystem som grundlag for planlægning og visitation til behandling bør efterhånden erstattes af en systematisk tværfaglig analyse af den enkelte

patients behov. En analyse der sker ud fra et hensyn til patientens helhedssituation i forhold til hjem og arbejde” (Indenrigsministeriet og Sundhedsstyrelsen 1985a:35)

Herudover kræves der mere ’humane’ sundhedsydelser:

”Der må ofres mere opmærksomhed på at gøre ydelserne mere ”menneskelige” eller ”humane”, specielt når det drejer sig om menneskets vigtigste begivenheder: Fødsel og død. Tilværelsens ”medikalisering” må begrænses. Der må kunne etableres tilfredsstillende muligheder for fødsel uden unødigt teknik. Og det må være muligt at indrette forholdene, således at mennesket kan dø med værdighed.” (Indenrigsministeriet og Sundhedsstyrelsen 1985a:38)

Af samme årsager er der fokus på at forkorte længden på hospitalsophold så meget som muligt.

Også i forbindelse med behandling og pleje af patienter, som allerede er i sundhedssystemet, sker der en aktivering og ansvarliggørelse (som i produktivitetsudvalgets rapport) Der tales i den forbindelse om ’opmuntring til egenomsorg’:

”Egenomsorg giver muligheder for valg og beslutninger over egen krop og tilværelse. I et mere institutionspræget sundhedsvæsen kan borgerne ofte ikke eller kun vanskeligt være med i afgørelserne. Følgen kan blive at behandlingen opleves som mekanisk og menneskefremmed. Egenomsorg må opmuntres, og også sundhedspersonalet må uddannes til at forstå værdien heraf og medvirke til at udvikle, støtte og opmuntre denne indsats.” (Indenrigsministeriet og Sundhedsstyrelsen 1985a:36)

Det er her værd at bemærke, at selv i forbindelse med behandlinger og direkte kontrakt med sundhedsvæsenet benyttes begrebet ’borger’ frem for ’patient’ – i andre tilfælde benyttes ’forbruger’ (se note 9) eller mere generelle betegnelser som ’mennesket’ eller ’den enkelte’. Dette kan være et tegn på, at man ønsker at undgå de associationer, som det klassiske patient fører med sig – såsom passivitet og hjælpeløshed.

Nedenstående citat lægger vægt på ’hjælp til selvhjælp’, og at den enkelte skal lære at håndtere sine symptomer frem for at trække på systemet.

”Sygdomsreaktioner er ofte et signal om et dårligt samspil mellem mennesket og dets miljø. Ofte er det vigtigere, at den enkelte lærer at håndtere sine symptomer og reaktioner end hurtigt at fjerne symptomerne. Det enkelte menneske må i en læreproces opøves til at erkende, hvornår symptomer kræver faglig bistand og hvordan bistanden bedst kan bruges i perspektivet: hjælp til selvhjælp” (Indenrigsministeriet og Sundhedsstyrelsen 1985a:36)

I den forbindelse nævnes også selvhjælpsgrupper:

”Der er særlige sundhedsmæssige perspektiver i de såkaldte selvhjælpsgrupper, der er opstået de seneste år. Mennesker med ensartede problemer, f.eks. med kræftsygdomme eller



misbrugsproblemer, eller i samme sociale situation, f.eks. som enlig eller arbejdsløs, kan ved fælles og gensidig støtte udvikle en sundere livsstil. Sådanne grupper kan have behov for sagkyndig bistand. Det forudses, at der kan komme nye opgaver for sundhedspersonalet og et behov for omskoling af store dele af dette personale.” (Indenrigsministeriet og Sundhedsstyrelsen 1985a:25)

Formålet med selvhjælps-grupperne er således at ’udvikle en sundere livsstil’.

Den rolle som patienten og borgeren som den potentielle patient tildeles i nærværende dokument stemmer i høj grad overens med den beskrivelse af det samfundsøkonomisk ansvarlige individ, som er beskrevet i de foregående dokumenter. Der er imidlertid tendenser til at gå videre end denne forestilling om individet, idet borgeren desuden ønskes inddraget i sundhedsvæsenets organisering: ”Borgerne må selv inddrages i udformning og funktion af den primære sundhedstjeneste”. Og senere:

”Det er politikernes ansvar at skabe de lovmæssige, administrative og økonomiske rammer, der kan danne grundlaget for borgernes sunde liv, at sikre, at de forskellige sektorer i samarbejde støtter en sådan politik, og at sikre, at befolkningen får en effektiv indflydelse ved udformningen af en sundhedspolitik i bred forstand”. (Indenrigsministeriet og Sundhedsstyrelsen 1985a:24)

Borgerne skal således betragtes som vigtige aktører i udformningen og funktionen af sundhedspolitikken. Et af målene for den europæiske sundhedspolitik lyder, at

”senest år 1990 bør alle medlemslandes nationale politik sikre, at de lovgivende, administrative og økonomiske virkemidler yder en bred støtte på tværs af sektorerne og yder ressourcer til fremme af en sund livsstil samt sikre at befolkningen deltager aktivt i formuleringen af en sådan politik”(Indenrigsministeriet og Sundhedsstyrelsen 1985a:48)

Uden at det står helt klart, synes disse citater at pege ud over de klassiske deltagelsesformer og mod andre former for involvering i organiseringen og styringen af sundhedssektoren. I den forbindelse kan WHO dokumentet igen opfattes som en pionertekst.

### **Opsummering**

WHO-dokumentet om europæiske sundhedspolitiske mål skiller sig ud fra de tidligere gennemgåede rapporter og betænkninger, som er baseret på dansk udvalgsarbejde. Når dokumentet er taget med, skyldes det, at dokumentet i høj grad kan betragtes som en kanonisk tekst i dansk sundhedspolitik i mange år efter udgivelsen. Desuden er dokumentet i dets karakter af måldokument en pionertekst, som på flere områder foregriber det diskursive brud, som finder sted i starten af 1990’erne. På andre områder sætter dokumentet nogle af de allerede beskrevne tendenser i den gældende diskurs på spidsen. Pga. dets udgangspunkt i sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme er der et stort fokus på det enkelte individs ansvar. Via uddannelse, opdragelse, forskning, motivation og oplysning skal individet lære at passe på

sit helbred og hjælpes til at bryde med dårlige vaner. Og der skal skabes de rette rammer omkring individet, som kan støtte op om 'de rigtige valg'.

I behandlingssammenhæng er der fokus på hjælp til selvhjælp og egenomsorg, for her gælder det også om at få patienten til at tage ansvar for helbredelsen samt at 'lære at håndtere sine symptomer'. I den forbindelse nævnes også selvhjælpsgrupper, hvor formålet er at støtte hinanden i at 'udvikle en sundere livsstil'. Der er således i høj grad tale om idealet om det samfundsøkonomisk ansvarlige individ.

På andre områder har dokumentet som nævnt pionerstatus. Dette gælder fx dets behandling af kvalitet, som adskiller sig væsentligt fra den beskrivelse af kvalitet, som bl.a. findes i produktivitetsudvalgets rapport, hvor kvalitet bliver beskrevet som faglig udvikling og karakteriseres som umåleligt. I nærværende dokument beskrives kvalitet stadig som udvikling, men desuden som sikkerhed, effektivitet og brugertilfredshed. Herudover er der begyndende fokus på kvalitetsvurderinger – og målinger.

Et andet sted, hvor dokumentet peger fremad, er i forbindelse med patientens og borgerens rolle. Ud over idealet om det samfundsøkonomisk ansvarlige individ findes der nemlig også artikulationer af nødvendigheden af at inddrage befolkningen i udformningen af sundhedsvæsenet og formuleringen af sundhedspolitikken.

### **Samordningsudvalget (1985)**

Samordningsudvalget<sup>10</sup> nedsættes i 1983 med det formål at overveje mulighederne for at overføre opgaver fra sygehusene til primærsektoren samt generelt at overveje en forbedret samordning af funktionerne i det samlede sundhedsvæsen. Begge dele ud fra et ressourcespørgsmål.

Der bygges hermed videre på det forslag om en oprustning af den primære sundhedssektor, som blev foreslået allerede i PPII for at dæmpe presset på sygehusvæsenet. Et forslag som også prioriteringsudvalget behandlede, men på daværende tidspunkt (i 1977) ikke fandt belæg for at foreslå gennemført.

I 1985 udkommer betænkning nr. 1044 *Samordning i sundhedsvæsenet*. Betænkningen udkommer samme år som den ovenfor beskrevne danske udgave af WHO's europæiske måldokument fra 1984 *Health for All by the year 2000*, som ligeledes peger på styrkelsen af den primære sundhedssektors rolle såvel som en styrkelse af den forebyggende indsats.

---

<sup>10</sup> Udvalget består af 10 medlemmer udpeget fra ministerier, sundhedsfaglige organisationer samt KL og Amdsrådsforeningen. Formand for udvalget er medicinaldirektør Søren K. Sørensen.

Som udvalgets navn antyder, så er samordning for alvor kommet på dagsordenen. Udvalget konkluderer, at der er en ringe samordning og koordination mellem sundhedssektorens enkelte dele, som prioriteringsudvalget gjorde det syv år tidligere. Ifølge samordningsudvalget kræver en bedre samordning en bevidst indsats lokalt og centralt i forhold til planlægning og styring, uddannelse og ændrede holdninger (Indenrigsministeriet 1985:14). Udvalgets forslag handler i høj grad om at styrke kommunikationen og samarbejdet mellem væsenets forskellige dele – herunder at ensrette journaler og andet skriftligt materiale. Desuden anbefaler udvalget forskellige midler til at mindske og forkorte antallet af indlæggelser først og fremmest skabt gennem bedre samarbejde mellem praksissektoren og sygehusvæsenet. Herudover anbefales bedre og mere fleksibel planlægning, holdningsændringer og uddannelse rettet mod de professionelle, flere forsøg og mere forskning samt en udbygning af serviceniveauet. Af disse forskellige elementer er især den store opmærksomhed omkring serviceniveauet nyt sammenlignet med de tidligere dokumenter.

I forhold til overflytning af opgaver til praksissektoren konkluderer udvalget, at en omstillingsproces allerede er i gang, og at denne på enkelte områder kan stimuleres. På den anden side er der en grænse for udlægningen, hvis man ønsker at bevare kvalitetsniveauet. (Indenrigsministeriet 1985:14)

Betænkningen skriver sig som de tidligere dokumenter ind i en gældende diskurs, hvor prioritering og udgiftsstyring artikuleres som de væsentlige policy-problemer:

”Den ophørte stigning i ressourcetildelingen i sundhedsvæsenet har nødvendiggjort en nøje prioritering af, hvilke aktiviteter eller behandlinger, der skal udføres inden for de givne rammer.” (Indenrigsministeriet, 1985:81)

### **Patienten i samordningsudvalgets betænkning**

Der er et forholdsvis stor fokus på borgeren som den potentielle patient og patienten i samordningsudvalgets betænkning. I indledningen beskrives det, hvordan sundhedsvæsenet er til for borgernes skyld, samt at sundhedsvæsenets ydelser skal være brugervenlige:

”Sundheds- og socialvæsenet er til for borgernes skyld. Det er væsentligt, at borgeren oplever sammenhæng mellem de forskellige led i sundheds- og socialvæsenet, endvidere at der opnås overensstemmelse mellem borgernes forventninger til systemet og det, som dette kan levere, og endelig at ydelserne leveres på en brugervenlig måde” (Indenrigsministeriet 1985:14).

Som i WHO dokumentet ses det igen, at patienten betegnes borgeren – her i forbindelse med oplevelsen af sammenhæng i sundhedssektoren. Hensynet til patienten og dennes forventninger skal dog afstemmes i forhold til økonomien:

”Dette sidste hovedsynspunkt [at sundhedsvæsenet er til for borgerens skyld, red.] skal sammenholdes og tilpasses med et andet vigtigt hensyn, nemlig de samfundsøkonomiske

konsekvenser. Sundhedsvæsenet skal således også ud fra organisatoriske og ressourcemæssige hensyn være velfungerende. Et vigtigt princip er, at sundhedsvæsenets ydelser leveres kompetent på det billigst mulige niveau. Eller sagt med andre ord, den enkelte patient bør undersøges og behandles på det sted i systemet, hvor den for patientens behandling nødvendige kunnen er tilstede, og hvor ressourceforbruget er mindst, samtidig med at de fastsatte faglige krav om kvalitet og service fuldt ud respekteres.” (Indenrigsministeriet 1985:14)

Borgernes forventninger til fx kvaliteten og servicen er således altid underlagt effektivitetsspørgsmål såsom fx LEON-princippet (princippet om at behandlingen altid skal tilbydes på Laveste Effektive Omsorgs-Niveau).

At forventningerne kun kan opfyldes til en vis grænse betyder, at befolkningen skal have afdæmpede forventninger til sundhedsvæsenet. Som det allerede stod klart i prioriteringsudvalgets rapport fra 1977, bliver information og oplysning i høj grad et spørgsmål om at få borgerne til at trække så lidt som muligt på sundhedsvæsenets ydelser.

”Befolkningens holdning og krav til sundhedsvæsenet udgør næppe nogen barriere for samordning, snarere et incitament. Derimod vil befolkningens holdninger påvirke forbrugsmønstret. Rimelige holdninger erhveres bedst gennem konkret viden, herunder om legemets funktion og om gunstige og skadelige påvirkninger samt mulighederne for selv at bidrage til sundhedens bevarelse og viden om det forebyggende og sygdomsbehandlende systems realistiske muligheder. Det vil være ønskeligt, at befolkningen sikres et så højt informationsniveau, at en saglig og bred debat kan føres i medierne om de ofte følelsesladede sundhedsmæssige emner.” (Indenrigsministeriet, 1985:210)

Og senere:

”Incitamentet til omkostningsbevidst anvendelse af sundhedsvæsenet og effektiv udnyttelse af det med størst mulig samordning vil naturligvis kunne være af mange slags. Befolkningens egen opfattelse af sundhed og dermed af behovet for træk på sundhedsvæsenet og det sygdomsbehandlende system er i høj grad afhængig af en række socialøkonomiske forhold, der ikke vedrører sundhedsvæsenet i snæver forstand. Det er allerede nævnt, at befolkningens forståelse for begreber som sundhed og sygdom samt for den rette anvendelse af det bestående sundhedsvæsen forudsætter viden, motivation og information.” (Indenrigsministeriet, 1985: 211)

Og senere i forhold til omstillingsprocesser:

”Det er vigtigt, at der er overensstemmelse mellem borgernes forventninger til sundheds- og socialvæsenet og de ydelser, som rent faktisk leveres. Ligeledes er det vigtigt, at borgerne bruger systemet på den rigtige måde. En vis oplysning over for borgeren om baggrunden for og indholdet af omstillingen er derfor væsentlig. Kun herigennem opnås den nødvendige forståelse for omstillingens principper og accept af det nye.” (Indenrigsministeriet, 1985:214)

Med tale om fx 'rimelige holdninger', 'den rette anvendelse af det bestående sundhedsvæsen' og at 'borgerne bruger systemet på den rette måde' har vi at gøre med en form for ansvarliggørelse af patienten, som stemmer overens med det vi tidligere benævnte 'det samfundsøkonomisk ansvarlige individ'. Patienten forventes at tage et ansvar for, at udgifterne ikke løber løbsk ved kun at benytte systemet, når det er absolut nødvendigt.

Ud over ønsket om holdningsbearbejdelse finder der som tidligere set også en ansvarliggørelse sted, som er mere direkte koblet til sundhedsvæsenet, og som handler om at aktivere den patient som allerede er i behandling, bl.a. via information.

"Det er væsentligt, at *patienten* er informeret om alle de forhold i forbindelse med helbredstilstanden, som patienten selv skal påtage sig ansvar for at tage initiativ til, såvel vedrørende sin livsførelse som vedrørende kontakter med sundheds- og socialvæsenet. Aftaler om praktiske forhold f.eks. transport, ledsagelse og hjemlige forhold skal ligeledes sikres. I det omfang *pårørende* indvilliger i at bistå patienten, fordres - også for de pårørendes skyld - præcise aftaler om, hvilke opgaver de påtager sig og desuden fornøden instruktion i udførelse af de konkrete opgaver." (Indenrigsministeriet 1985: 172)

Også denne aktivering og ansvarliggørelse kan som tidligere beskrevet tolkes som en måde, hvorved systemet aflastes. Når der tales om, at "Deltagelse af oplyste, motiverede og aktivt medvirkende borgere er en forudsætning i den videre udvikling" (Indenrigsministeriet, 1985:72) samt, at vægten i sundhedsvæsenet lægges på "det forebyggende arbejde, sundhedsoplysning og inddragelse af borgerne i varetagelsen af deres eget helbred"(Indenrigsministeriet 1985: 178), så er der altså i høj grad tale om en aktivering og inddragelse, som har til formål at aflaste systemet.

I forbindelse med samordningsspørgsmålet er der desuden igen fokus på patientforløbet.

"Udviklingen i sundhedsvæsenet er præget af en stadig større specialisering i behandling og undersøgelser, hvilket stiller større krav til samordning og planlægning af den enkelte patients behandlingsforløb" (Indenrigsministeriet, 1985:81)

I den forbindelse benyttes patienterne til at argumentere for nødvendigheden af en bedre samordning. Fx her omkring et samordningsforslag som gør, at de praktiserende læger aflaster ambulatorierne, mens ambulatorierne aflaster sengeafdelingerne:

"Patienterne vil kunne opnå den tryghed, der er forbundet med kendskab til alle behandlerne og følelse af kontinuitet. Forudsætningen er, at ambulatoriebesøg programmeres og af patienten kan opfattes som en veltilrettelagt procedure, hvor alle aktuelle behov imødekommes." (Indenrigsministeriet, 1985: 102)

Med det øgede fokus på patientforløb finder der på den måde to former for patientorientering sted. Fokus på patientforløbet markerer i sig selv en tendens, hvor patienten – som objekt –

kommer i centrum for organiseringen af sundhedsvæsenet. Dog viser det sidstnævnte citat, at patienten nu også som subjekt sættes i centrum, idet vægten i stigende grad bliver lagt på patienternes oplevelser og behov.

Det samme ses i referencen til en undersøgelse om lægernes henvisninger, som viser, at patientens egne ønsker til behandlingssted i visse tilfælde har betydning. Dette er imidlertid kun i de tilfælde, hvor lægen vurderer, at der kan blive tale om en valgsituation:

”Patientens egne ønsker om undersøgelse og behandling i sygehusregi eller i speciallægepraksis betragtedes som afgørende i de tilfælde, hvor lægens samlede vurdering tilsagde, at der med rimelighed forelå en valgsituation.” (Indenrigsministeriet, 1985:69)

Det skal desuden nævnes, at tendensen til at sundhedsbegrebet udvides til ikke kun at omfatte fysiske kendetegn videreføres:

”Sundhedsbegrebet har i de senere år skiftet karakter, således at det i stadig højere grad inddrager individets samlede fysiske, psykiske og sociale velbefindende og ikke blot omfatter fraværet af erkendte sygdomme” (Indenrigsministeriet, 1985:81)

### *Service*

Begrebet service er som allerede nævnt kommet på dagsordenen med samordningsudvalgets rapport. Som det allerede var tydeligt i PPI, er service traditionelt noget, som knytter sig til praksissektoren, fordi denne i højere grad end det resterende sundhedsvæsen fungerer på markedsvilkår. Vi ser da også, at samordningsudvalget først og fremmest knytter service til fx speciallægerne, men de foreslår samtidigt specialelægenes erfaringer med service overført til sygehusene. Det foreslås således, ”at servicebevidstheden i speciallægepraksis udbygges, og at erfaringerne herfra overføres til sygehusenes ambulatorier, således at arbejdstilrettelæggelsen i højere grad tager hensyn til disse forhold” (Indenrigsministeriet, 1985:17).

Speciallægenes service indebærer en geografisk spredning, som gør, at ”patienterne i så høj grad som muligt kan blive behandlet i nærmiljøet.” (Indenrigsministeriet, 1985:17). Det er desuden i denne sammenhæng, at der for første gang findes optræk til en ventetidsdiskussion.

Forventninger og krav til speciallæger er således bl.a.:

”at der ydes effektiv og servicebetonet undersøgelse og behandling for den enkelte patient. Der må være kort ventetid på 1. konsultation, tidsbestilling uden lange ophold i venteværelser og mulighed for konsultation uden for normal arbejdstid” (Indenrigsministeriet, 1985:140)

Det er denne samling af servicier og patientvenlige foranstaltninger, som udvalget ønsker overført til sygehusene:

”Tidsbestilling, kort ventetid til første konsultation, forskudt konsultationstid og andre patientvenlige foranstaltninger, der som nævnt er nødvendige forudsætninger for et højt serviceniveau i speciallægebetjeningen, findes kun i en vis udstrækning i sygehusambulatorier. Det kan imidlertid være muligt at nedbringe de meget hyppigt forekommende lange ventetider for patienterne på sygehusambulatorierne ved, at alle personalekategorier overholder tidsbestillingerne.” (Indenrigsministeriet, 1985:144)

Ved at se på speciallægenes praksis peges der således på forskellige tiltag, som både har til formål at øge servicen på sygehusene samtidig med, at behandlinger, konsultationer og andet optimeres og effektiviseres.

### **Opsummering**

Samordningsudvalget nedsættes for at overveje en forbedret samordning af funktionerne i sundhedsvæsenet samt mere specifikt at se mulighederne for en oprustning af den primære sundhedssektor. Ifølge udvalget kræver en bedre samordning fx en styrkelse af kommunikationen, bedre planlægning, holdningsændringer og uddannelse rettet mod de professionelle samt udbygning af serviceniveauet. Udvalget konkluderer desuden, at en udlægning af opgaver til praksissektoren allerede finder sted, og at denne kan stimuleres, men at for stor udlægning kan føre til kvalitetsforringelser.

Det er endnu engang den samfundsøkonomisk ansvarlige patient, vi møder. Betænkningen lægger ud med at fastslå, at sundhedsvæsenet er til for borgernes skyld, men straks derefter beskrives det, at dette forhold må tilpasses de samfundsøkonomiske konsekvenser. Borgerne skal derfor lære at have ’rimelige’ forventninger til sundhedsvæsenet, og de skal lære at ’bruge systemet på den rette måde’. Dette sker gennem information og viden om fx forebyggelse. Desuden findes der en henvisning til patientinformation i behandlingssammenhæng, hvor det på tilsvarende måde handler om, at patienten og pårørende skal aktiveres for at aflaste systemet.

Der er herudover kommet et større fokus på patienten i forbindelse med patientforløb – ikke længere blot som et objekt, der organiseres omkring, men desuden som et subjekt hvis oplevelse af forløbet har betydning.

Service er kommet på dagsordenen i samordningsudvalgets betænkning. Servicebegrebet knyttes først og fremmest til speciallægerne, hvis servicemindedhed anbefales overført til sygehusene. Med service refereres til ’patientvenlige foranstaltninger’ såsom forskudt konsultationstid, at patienterne skal behandles i nærmiljøet, og at der ikke skal være for lang ventetid.

## Udvalget vedrørende praksissektorens organisation (1986)

Udvalget vedrørende praksissektorens organisation<sup>11</sup> nedsættes i 1985 og har ifølge kommissoriet til opgave at opstille modeller for den fremtidige organisation af praksissektoren, som skal bidrage til bl.a. en styrkelse af den primære sundhedstjeneste, en styrkelse af den forebyggende indsats, en mere effektiv samordning samt en effektiv styring af de omkostningsmæssige konsekvenser for patienter og for den offentlige sektor. Det er bl.a. udvalgets opgave at opstille alternative modeller til organisation af praksissektoren – heriblandt modeller, ”som forudsætter en liberalisering af sundhedssektoren” (Indenrigsministeriet, 1986:5). I 1986 udkommer betænkning 1080: *Praksissektorens organisation*.

Formålet med betænkningen er først og fremmest at vurdere, hvorvidt den nuværende organisering fremmer eller hæmmer mulighederne for en styrkelse af den primære sundhedstjeneste, af den forebyggende og sundhedspædagogiske indsats og af en mere effektiv samordning og effektiv omkostningsstyring (Indenrigsministeriet 1986: 54). Der er således tale om videreførelse af de temaer, som de tidligere rapporter har haft på dagsordenen – dog nu med fokuset lagt på praksissektoren frem for det samlede sundhedsvæsen.

Udvalget kommer med forslag i forhold til at skabe en bedre administrativ struktur på praksissektor-området samt en mere hensigtsmæssig udformning af finansieringssystemet. Det er udvalgets holdning, at kommunerne bør tildeles et øget finansielt ansvar. Flere modeller for decentralisering overvejes som alle indeholder et øget finansielt ansvar til primærkommunerne – enten som fuld finansiering af sundhedsvæsenet, som delvis finansiering af sundhedsvæsenet og fuld finansiering af praksissektoren eller udelukkende som fuld finansiering af praksissektoren (Indenrigsministeriet 1986:88-92). Udvalget konkluderer, at den første model næppe er realistisk.

Den ønskede decentralisering argumenteres med henvisning til, at det lokale niveau er bedre til at skabe ordninger, som tilgodeser de lokale borgeres behov:

”En målsætning for sundhedspolitikken er på lokalt niveau at skabe ordninger, som er i pagt med befolkningens ønsker og behov(...). Mulighederne for at tilgodese variationerne i de lokale ønsker og behov øges gennem en decentralisering inden for sundhedsvæsenet” (Indenrigsministeriet 1986:85)

Med ønsket om en øget decentralisering ses for første gang et egentligt forslag til en reform af sundhedssektoren som helhed.

---

<sup>11</sup> Udvalget består primært af repræsentanter for professionerne, forskningen samt afdelingschefer fra henholdsvis indenrigsministeriet og socialministeriet. Udvalgets formand er Jørgen Grønnegård Christensen.



I forbindelse med diskussionen af finansiering findes desuden en drøftelse af takster. Udvalget fremlægger fordele og ulemper ved henholdsvis ensartede og differentierede takster. Om de differentierede takster siges det, at

”Brugen af differentierede takster vil medføre, at der kan blive en konkurrence mellem de enkelte sygehuse/amtskommuner, ligesom kommunernes valg af serviceniveau for deres borgere i tilfælde af sygehusindlæggelse vil afspejle sig i kommunernes udgifter i forbindelse hermed.” (Indenrigsministeriet 1986:95)

Desuden: ”Hvis taksterne differentieres, rejses spørgsmålet om frit valg af behandling over kommune- og amtskommunegrænser” (Indenrigsministeriet 1986:95). Dette er første gang, at spørgsmålet om frit valg over amtsgrænser bringes op, og det skal bemærkes, at det sker i forbindelse med en styringsdiskussion – og ikke som et spørgsmål om patientrettigheder.

Det konkluderes, at valget mellem ensartede og differentierede takster afhænger af hvilke incitament, man ønsker. Valget af takstmodel ”vil give en række muligheder for at supplere de nuværende styringsinstrumenter i sundhedsvæsenet” (Indenrigsministeriet 1986:96). Hermed igangsættes en diskussion om takster og disses indvirkning på incitamentsstrukturer, som vil tiltage i fremtiden – og som ofte indskrives i en markedsgørelsesdiskurs.

Som det fremgår af kommissoriet, skal udvalget overveje modeller, som forudsætter en liberalisering af praksissektoren. Udvalget fremhæver en model, hvor der sker en ophævelse af eksklusivbestemmelser, og det konkluderes, at det vil ”blive lettere at indpasse nye behandlingsmetoder m.v. på en smidig måde i praksissektoren” (Indenrigsministeriet 1986:106). Desuden vil en liberalisering ”ikke forringe det offentlige muligheder for at udøve en styring på området” (Indenrigsministeriet 1986:106). Udvalget finder derudover fordele ved en mere vidtgående liberalisering af praksissektoren:

”En mere vidtgående liberalisering af praksisområdet vil ud over ophævelsen af eksklusivbestemmelserne også forudsætte, at der på lægeområdet gives fri nedsættelsesret (adgang til at praktisere for sygesikringen) til alle læger, som opfylder de gældende uddannelsesmæssige krav. Liberaliseringen af sektoren kan yderligere styrkes, hvis alle får ret til frit at opsøge en hvilken som helst læge. Det vil i forbindelse med overvejelser om indførelse af fri nedsættelsesret formentlig også være nødvendigt at inddrage spørgsmålet om gennemførelse af en delvis egenbetaling for brug af alment praktiserende læge.” (Indenrigsministeriet 1986:106-107)

Ulemperne ved denne vidtgående liberalisering synes dog at udligne fordelene:

”Den væsentligste fordel ved indførelse af en fri nedsættelsesret er, at der principielt skabes øget mulighed for konkurrence mellem de praktiserende læger. Det kan medvirke til serviceforbedringer i praksissektoren. Det er dog tvivlsomt, om der reelt vil blive tale om en stærkere konkurrence mellem lægerne. Hertil kommer, at opfyldelsen af en række andre hensyn, eksempelvis ønsket om tilvejebringelse af klientfællesskab mellem almen læge og

det kommunale sundhedspersonale, kan blive vanskeliggjort af en sådan ordning.”  
(Indenrigsministeriet 1986:107)

Til sidst plæderer udvalget for en videreudvikling af informationssystemerne på sundhedsområdet (Indenrigsministeriet 1986:107).

### *Kvalitet*

Kvalitet nævnes som en af udvalgsarbejdets forudsætninger og beskrives som videnskabelige fremskridt og uddannelsesmæssige krav:

”Det må fortsat være en hovedmålsætning for praksissektoren, at der sikres en høj kvalitet i den sygdomsbehandlende indsats - undersøgelse, diagnostik, behandling, pleje og omsorg. Det betyder bl.a., at den behandlende indsats må afspejle de videnskabelige og tekniske fremskridt i behandlingsmuligheder. Disse hensyn må også indgå i forbindelse med udformningen af uddannelsesmæssige krav til de personer, der medvirker i praksissektoren.” (Indenrigsministeriet 1986: 16)

Som i produktivitetsudvalgets rapport fra 1984 anses kvalitet som så godt som umuligt at måle, og af bekvemmelighedsårsager vælger udvalget at se bort fra kvalitetsspørgsmål: ”Dog afgrænser udvalget sig fra at tage stilling til kvaliteten af de ydelser, der gives i praksissektoren (Indenrigsministeriet 1986: 55).

### **Patienten i udvalget vedrørende praksissektorens organisation**

Som flere gange tidligere benyttes patienten også her som begrundelse. Et argument for en strukturændring lyder således:

”Ud over de omkostningsmæssige fordele, der kunne være forbundet hermed, vil en overførsel af efterbehandlingen til egen læge eller til praktiserende speciallæge også i mange tilfælde være en fordel for patienten. Specielt fordi der herved kunne sikres kontinuitet i efterbehandlingen. Endvidere kunne ventetider på ambulatorierne undgås og patienten ville ofte også være sikret behandling tættere på hjemmet.”(Indenrigsministeriet 1986:92)

Herudover lægger nærværende udvalg, som de tidligere, vægt på forebyggelse – samt at forebyggelse foregår andre steder end i regi af sundhedsvæsenet.

”Den forebyggende og sundhedspædagogiske indsats bør udbygges. Sundhedsvæsenet har gennem mange år ydet en forebyggende indsats gennem vaccinationsprogrammer, undersøgelser af gravide, børneundersøgelser m.v. Disse tilbud har i sagens natur været orienteret mod det enkelte individ. Den øgede bevidsthed om, hvorledes sociale forhold, arbejdsmiljø m.m. påvirker den enkeltes sundhedstilstand, har givet sig udtryk i en stigende erkendelse af, at sundhedsvæsenets sygdomsforebyggende indsats må suppleres med foranstaltninger, der tager sigte på at eliminere sygdomsfremkaldende forhold på arbejdspladserne, i boligmiljøerne, i trafikken etc.” (Indenrigsministeriet 1986: 16)

Andetsteds er forebyggelse delt op i primær og sekundær forebyggelse, hvor den første forsøger at hindre, at sygdomme opstår, hvilket ikke alene er en opgave for sundhedsvæsenet, men nærmere et alternativ til behandling. Den sekundære forebyggelse har derimod til opgave at opspore sygdomme tidligt og forkorte sygdomsstadiet. Denne forebyggelse er primært sundhedsvæsenets opgave (Indenrigsministeriet 1986:74).

Som i flere af de tidligere rapporter træder det ansvarlige individ frem i forbindelse med forebyggelse som en aflastning af sundhedsvæsenet.

”Opfattes forebyggelse og sundhedspædagogik som dels alternativ til sygdom, dels supplement af behandlingssystemets ydelser, er det klart, at en styrkelse af den forebyggende indsats vil rumme en forbedring af kvaliteten af sundhedsvæsenets tilbud til den enkelte. Det vil også give den enkelte et bedre grundlag for en vurdering af sundhedsmæssige risici og dermed muliggøre, at den enkelte i højere grad får reelle muligheder for at løfte det medansvar for egen sundhed, som påhviler den enkelte. Der kan i afvejningen af den fremtidige ressourceanvendelse i sundhedsvæsenet heller ikke ses bort fra, at en forstærket forebyggende indsats kan resultere i en aflastning af behandlingssystemet” (Indenrigsministeriet 1986:77)

### **Opsummering**

Udvalget behandler spørgsmålet om praksissektorens organisation ud fra en videreførelse af de tidligere rapporters temaer: en styrkelse af den primære sundhedstjeneste, en styrkelse af den forebyggende indsats, en effektiv samordning samt en effektiv omkostningsstyring. Alligevel synes rapporten at indeholde nye elementer. For det første foreslår udvalget en øget decentralisering skabt ved at tildele kommunerne øget finansielt ansvar for sundhedsvæsenet. Hermed ses for første gang et egentligt forslag til reform af sundhedssektoren.

For det andet behandler udvalget spørgsmål, som peger i retningen af øget markedsregulering på praksissektorområdet. Udvalget foreslår en liberalisering af praksissektoren via ophævelse af eksklusivbestemmelser. Desuden diskuteres fordele og ulemper ved ensartede og differentierede takster, og det konkluderes, at man med differentierede takster kan øge incitamentsstrukturen.

Kvalitet beskrives som videnskabelige fremskridt og uddannelsesmæssige krav. Begrundet i at kvalitet anses for svært håndterbart (og ikke målbart), afstår udvalget fra at vurdere kvaliteten af praksissektorens ydelser.

Som i de tidligere rapporter optræder patienten først og fremmest i rollen som en aflastning af sundhedsvæsenet i forbindelse med forebyggelse samt som begrundelse for fx strukturelle ændringer.

## Lotz-udvalget (1987)

Et udvalg 'til behandling af udgiftspres og styringsmuligheder indenfor det amtskommunale område' (Lotz-udvalget) nedsættes i juni 1987<sup>12</sup>. I december 1987 udgives betænkning nr. 1123: *Amtskommunalt udgiftspres og styringsmuligheder*.

Udvalgets forslag til reducere af udgiftspreset omhandler bl.a. produktivetsforbedringer og økonomisering. Inden for staten bliver der opgjort produktivetsstigninger på omkring 2,5 pct. årligt. Opgørelsesmetoden kan ikke direkte overføres til amterne, men udvalget foreslår en "målrettet indhentning af oplysninger om produktivetsforbedringer og økonomisering". (Indenrigsministeriet 1987:40)

I betænkningens kapitel om sygehusvæsenet beskrives det, at der fra 1984-87 har været en årlig vækst i udgifterne på godt 2 pct., at sengedagshyppigheden er faldende, liggetider reduceret og antallet af ambulante behandlinger vokset. Det vurderes desuden, at det fald i produktivitet, som produktivetsudvalget konstaterede, er standset (Indenrigsministeriet 1987:53). Det konkluderes derfor, at "rammestyringen på sygehusområdet har virket som et effektivt middel til at moderere udgiftsvæksten og fremme produktivitet" (Indenrigsministeriet 1987:92). Og senere: "Udvalget kan således konstatere, at rammestyringen er et effektivt styringsmiddel, som foreslås videreudviklet og nuanceret" (Indenrigsministeriet 1987:94).

Dog konstaterer udvalget, at den politiske målsætning om nulvækst vil betyde, at rammestyringen ikke er tilstrækkelig. Den må kombineres med "en faglig prioritering og i øvrigt en snæver styring af den faglige virksomhed i sygehusvæsenet (...) det vigtigste middel i denne sammenhæng vil være en målbevidst styrkelse af ledelsesfunktionen" (Indenrigsministeriet 1987:95). Den professionelle autonomi vurderes som det største problem:

"Det helt centrale problem i forbindelse med styringen af ressourceforbruget og udgifterne er problemet med den enkelte læges ret til i forbindelse med behandlingen af den enkelte patient at udøve et personligt klinisk skøn." (Indenrigsministeriet 1987:98)

Amterne har derfor hidtil ikke haft "indflydelse på behandlingsniveauet eller på den prioritering, der foretages i form af 'faglige prioriteringer'" (Indenrigsministeriet 1987:98).

Udvalget foreslår en etablering af et entydigt ledelseshierarki. Fx at der i afdelingsledelsen kun indgår en eneansvarlig overlæge. Det foreslås desuden, at der i højere grad lægges vægt på administrative egenskaber ved lederne. Med et nyt entydigt ledelsessystem er det ønsket, at

---

<sup>12</sup> Udvalget er sammensat af embedsmænd fra de væsentlige ministerier, amtsrådsforeningen samt Københavns og Frederiksbergs kommune. Formand for udvalget er Jørgen Lotz fra indenrigsministeriet.

amterne i højere grad får overblik over og mulighed for at påvirke den overordnede behandlingspolitik.

Desuden foreslår udvalget en videreudvikling af produktivetsanalyser.

”De kommende år vil stille stadig større forventninger og krav til sikring af produktivetsforbedringer, herunder ved etablering af produktivetsfremmende procedurer (...). Gennemførelsen af produktivetsforbedringer forudsætter, at der etableres de relevante mål for produktivitet, dvs. for forholdet mellem ressourceforbrug og præsteret produktion.” (Indenrigsministeriet 1987:110)

En konvertering af data i landspatientregistret til DRG nævnes i den forbindelse som et ’første skridt i retning af at kunne anvende en direkte målemetode til analyser af sygehusenes produktivitet’ (Indenrigsministeriet 1987:112). Med DRG systemet åbner der sig også muligheder for at måle effektiviteten af behandlingsmetoder, fx via sammenligning af genindlæggeshyppighed (Indenrigsministeriet 1987:113)<sup>13</sup>.

I modsætning til sygehusområdet, hvor rammestyrelsen har virket effektivt, konkluderer udvalget, at der på sygesikringsområdet kun er få styringsmuligheder, hvorfor realvæksten her har været højere. Udvalgets forslag går derfor bl.a. på, at forbedre de statistiske oplysninger om de praktiserende lægers behandlingsadfærd samt at amternes styringskompetence forøges. (Indenrigsministeriet 1987:152)

Ventelister optræder i betænkningen i en diskussion af de praktiserende lægers henvisningsfrekvens:

”Endelig påvirker ventelister - og dermed lange ventetider - antallet af henvisninger. Påvirkningen kan gå to veje. Lange ventelister kan betyde, at nogle læger vil henvise færre patienter. Men i andre tilfælde kan længere ventelister virke modsat, således at patienterne henvises tidligere end ellers, hvorved ventelisterne bliver længere. Det skal i den forbindelse bemærkes, at sygehusenes ventelister og ventetider ikke kan betragtes isoleret, men derimod må ses i sammenhæng med antal indlæggelser, sengedage, kapacitet m.v. Ventelisterne behøver således ikke at være et udtryk for en utilstrækkelig kapacitet og ressourceindsats. Et

---

<sup>13</sup> Det ses således, at DRG allerede i 1987 nævnes som en mulighed. Vi skal imidlertid frem til SØK-udvalgets rapport fra 1994, før det igen foreslås at udvikle et DRG-system til danske forhold. Og det er først i 2000 af DRG for alvor slår igennem i Danmark, idet 90/10 modellen vedtages, hvor 90 pct. bloktilskud suppleres med 10 pct. takststyring baseret på DRG. Hermed kan Danmark betragtes som en ’late developer’, sammenlignet med de øvrige nordiske lande – særlig med Norge, hvor DRG var på banen allerede fra slutningen af 80’erne, og hvor det blev introduceret som finansieringssystem for hospitalsoperationer i 1997 (Torjesen, 2007).

fuldstændigt fravær af ventelister måtte derimod siges at være et tegn på overkapacitet” (Indenrigsministeriet 1987:71)

Som det fremgår af citatet ses ventelister ikke nødvendigvis som et onde, idet fravær af ventelister anses som et tegn på overkapacitet. Samme dilemma fremføres i nedenstående citat:

”En nedbringelse af antallet af udnyttede sengedage kan være udtryk for en lavere service, som fører til ventelister og eventuelt dårligere helbredstilstand. Men det kan også være udtryk for en bedre produktivitet” (Indenrigsministeriet 1987:81)

### **Patienten i Lotz-udvalgets rapport**

Når patienten og diskussionen af service dukker op i Lotz-udvalgets betænkning, så er det i høj grad i forhold til det stigende pres, som patienternes forventninger til behandling og serviceniveau lægger på sygehusvæsenet.

”Men tilgangen af patienter [til sygehusene, red.] afhænger herudover af faktorer, der kan forbindes med begrebet serviceniveau. Dels sænkes befolkningens tærskel for at leve med, hvad der før ansås for sædvanlige og uundgåelige skavanker d.v.s. sygdomsopfattelsen i befolkningen ændres. Dels er det nu teknisk muligt at behandle en række lidelser, og at udstrække behandlingen til aldersgrupper, der ikke før kunne behandles/opereres. Men ny teknik kan også betyde, at behandlinger, der før krævede indlæggelse, nu kan behandles ambulant eller i praksissektoren, og at liggetiden i mange tilfælde kan reduceres”. (Indenrigsministeriet 1987:93)

”Det må antages, at der generelt er forøgede forventninger til, at alle lidelser kan behandles, hvilket bevirker, at patienterne oftere henvender sig med anmodning om behandling” (Indenrigsministeriet 1987: 141)

Det socialøkonomisk ansvarlige individ dukker også op i Lotz-udvalgets rapport. Et af udvalgets forslag går på, at man i højere grad skal oplyse borgerne om ydelsernes omkostninger, hvorved det forventes, at borgerne i mindre grad vil benytte sig af dem:

”En meget stor del af de (amts)kommunale ydelser udbydes gratis til borgerne. Dette gratisprincip kan siges at have en slags ”forvridende” effekt, i den forstand, at det meget let kan medvirke til at give borgerne et indtryk af, at omkostningerne ved ydelserne er lavere end det faktisk er tilfældet, og på denne måde tilskynde til et større forbrug af ydelser, end hvis de faktiske omkostninger var oplyst for borgerne. Udvalget skal derfor foreslå, at amtskommunerne i forbindelse med budgetlægningen, ved udarbejdelse af pjecer til borgerne og – hvor det er muligt og hensigtsmæssigt – også ved tilvejebringelsen af de enkelte ydelser søger at oplyse borgerne om de faktiske omkostninger ved de amtskommunale ydelser”(Indenrigsministeriet 1987:37)

Man ønsker således via oplysning om priser at forandre ’forbrugeradfærden’ i retningen af, at befolkningen benytter sig mindre af sundhedsvæsenets ydelser.

## Opsummering

I Lotz-udvalgets rapport er der særligt fokus på produktivetsforbedringer indenfor det amtskommunale område. I behandlingen af sundhedssektoren konkluderes det, at rammestyringen har virket effektivt i forhold til at fremme produktivitet og moderere udgiftsvæksten. Rammestyringen foreslås imidlertid udviklet, således at der både lokalt og centralt skabes bedre mulighed for prioritering og styring af den faglige virksomhed. Dette skal bl.a. gøres via styrkelse af ledelsesfunktionen. Desuden foreslås en videreudvikling af produktivetsanalyser – herunder at DRG systemet udvikles. Ventetider nævnes et par gange i rapporten, men ikke som en patientrettighed. Faktisk ses de ikke nødvendigvis som et onde eftersom mangel på ventelister kan være et tegn på overkapacitet.

Patienten og borgeren dukker særligt op i forbindelse med deres stigende forventninger til sundhedsvæsenet og serviceniveauet. Det stigende pres opfattes som et problem. Udvalget foreslår i den forbindelse, at man i højere grad oplyser befolkningen om sundhedsydelsernes omkostninger, for at de derved som samfundsøkonomisk ansvarlige borgere vil overveje det en ekstra gang, inden de trækker på sundhedsvæsenet.

## Borgeren mellem kommune og sygehus (1988)

I 1988 udkommer rapporten ”Borgeren mellem kommune og sygehus” fra en arbejdsgruppe om samarbejdet mellem kommuner og amter, herunder praktiserende læger og sygehuse, vedrørende indlæggelse og udskrivning af patienter. Der er særligt fokus på samarbejdet mellem kommunens social- og sundhedsforvaltning, almen lægepraksis samt sygehusene.

Det skal bemærkes, at rapporten er udsendt af socialministeriet, og at den derfor ikke indskrives sig i den samme sundhedspolitiske kontekst som de tidligere gennemgåede dokumenter. Den viser imidlertid, at der også foregår en diskussion om sundhedspolitik på det sociale område. Rapporten er desuden af mindre format og mere specifik i sin problemformulering end de tidligere. Når den alligevel er medtaget skyldes det fokuset på patienten og borgeren.

### Patienten i *Borgeren mellem kommune og sygehus*

Rapporten har særligt fokus på ældre patienter, og der tales i hele dokumentet om, at de ældre skal tage vare på sig selv og at lære at klare sig selv i så høj grad som muligt – her beskrevet via begrebet ’at mestre’:

”For at forebygge, at brud på den normale tilværelse får uheldige virkninger for de gamle, er det nødvendigt, at de offentlige systemer indretter deres arbejde og samarbejde på at bevare og støtte gamles evne til at mestre egen tilværelse – også efter udskrivning. ”At mestre” har fået fornyet anvendelse med betydningen: evne til at kunne klare uforudsete situationer. Undersøgelser har vist, at gamle som er gode til at mestre egen tilværelse, er bedre i stand til at skaffe sig tilstrækkelig hjælp til de daglige gøremål, både til daglig, og når de er syge. Deres behov for ekstra hjælp ved sygdom er ret beskedent. Den hjælp, de får, er med til at styrke deres mestringssevne. Der opstår altså en dynamisk, gensidig påvirkning. Gamle mennesker med ringere mestringssevne er i stand til at skaffe sig den nødvendige og rigtige

hjælp – f.eks. i sygdomstilfælde. De føler sig lettere ensomme og isolerede. Giver nemmere op” (Socialministeriet 1988: 10-11).

Ifølge udvalget er sundhedsvæsenet vant til at tage udgangspunkt i patientens fysiske eller ’objektive’ tilstand. Fremover bør det imidlertid i højere grad tage udgangspunkt i også social-psykologiske forhold – såsom mestringssevne.

”De tre systemer [kommunens social- og sundhedsforvaltning, almen lægepraksis samt sygehusvæsenet] er mest vant til at give hjælp efter ”objektive” forhold, og er ikke så vant til at vurdere et gammelt menneskets mestringssevne. Men disse psykologiske og holdningsmæssige forhold kan være lige så vigtige som den objektive vurdering. Gamle med mange personlige ressourcer bliver hurtigere raske efter sygdom og får bedre hjælp fra social- og sundhedsvæsenet. Og de får mere ud af hjælpen. Derfor er anvendelse af mestringsbegrebet centralt for de 3 systemers indsats og samspil. Mestringsbegrebet kan være løftestang for en bedre samordning, fordi det kan anvendes i de tre systemer af alle faggrupper” (Socialministeriet 1988: 10-11)

Der er således tale om en ansvarliggørelse og aktivering af den ældre patient. På den baggrund formuleres det som arbejdsgruppens målsætninger:

”at borgerens ressourcer skal vedligeholdes og styrkes, at borgeren skal have indflydelse på behandling og pleje bl.a. ved at der gives relevant information, at borgeren skal opleve kvalitet og sammenhæng i de ydelser, der tilbydes, selv om forskellige instanser er involveret. (Socialministeriet 1988: 12)

Arbejdsgruppen opstiller på baggrund heraf en række forskellige mål som bl.a. indebærer, at indlæggelse og sygehusophold skal tilrettelægges i samarbejde med borgeren, at borgeren oplyses om tilbud efter udskrivning, at der gives patienter og pårørende relevant viden som forudsætning for at ’mestre situationen’ efter udskrivning samt at ”borgeren oplever sammenhæng og tryghed i den indsats, der tilbydes før, under og efter sygehusopholdet” (Socialministeriet 1988: 13)

I en diskussion af forskellige kulturer i sundhedsvæsenets forskellige dele beskrives forskellige opfattelser af patienten. Der er ifølge udvalget stor forskel på fx de praktiserende læger og hospitalslægerne:

”de praktiserende læger lægger vægt på, at de ofte har et langvarigt og bredt kendskab til patienten, og at de i mange tilfælde har rollen som ”advokat” og fortrolig samtalepartner” (Socialministeriet 1988:24)

”På sygehusene præger naturvidenskabelige grundprincipper behandlings-, uddannelses- og forskningsindsatsen. Eksakte og indarbejdede diagnostiske principper, som klart og for medarbejderne entydigt angiver patientens ”fejl”, kendetegner sygehusets arbejdsmetoder.” (Socialministeriet 1988:25)



Kulturforskellene kan hæmme samordningen og samarbejdet, hvilket primært har betydning for patienterne:

”Det har betydning for borgerne. De har både før, under og efter indlæggelsen kontakt med mange faggrupper, som taler ud fra forskellige forudsætninger og faglig baggrund. Dette kan gøre det vanskeligt for den enkelte borger at forstå sammenhængen og gennemskue, hvad der sker undervejs i et behandlingsforløb” (Socialministeriet 1988:25)

Det ses dermed, hvordan de ældre patienter er i centrum for samordningen. Dette står endnu mere klart i et afsnit under overskriften ’borgeren i centrum’:

”Samordning kan kun nås i samspil med borgerne. Borgerne er den vigtigste kilde til information om behandlings- og plejehovene og erfaringerne med hidtidige behandlinger. Borgeren er en koordinerende person og en ressourceperson i hele forløbet (Socialministeriet 1988:36).

Som ’koordinerende person’ er borgeren således ikke kun målet for samordningen, men ligeledes informationskilde og midlet til organisering.

### **Opsummering**

Rapportens fokuserer på samarbejdet mellem sygehuse, praksissektoren og kommunernes social- og sundhedsforvaltninger. Der artikuleres i den forbindelse et ideal om patienten (her især den ældre patient) som selvhjælpende. Udnyttes patientens personlige ressourcer vil det føre til, at patienten hurtigere bliver rask og behøver mindre hjælp. Nøglebegrebet i rapporten er i den forbindelse ’mestringsevne’.

Patienten sættes i centrum for samordningsspørgsmålet ikke bare som objekt, men også som subjekt. Samordning skal opnås ’i samspil med patienten’, patienterne ses som en vigtig kilde til information, og patienten karakteriseres endda som ’koordinerede person’ i forløbet. Det skal imidlertid bemærkes, at dokumentet er fra socialministeriet, og at brugerforståelsen i en socialpolitisk kontekst derfor sandsynligvis spiller ind på forståelsen af patienten.

### **National strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet (1993)**

I indledningen til den nationale strategi for kvalitetsudvikling fra 1993<sup>14</sup> skriver Sundhedsminister Torben Lund:

---

<sup>14</sup> Som det fremgår, er der et ’hul’ i dokumentgennemgangen fra 1988 til 1993. Det skyldes, at det ikke har været muligt at finde sundhedspolitiske dokumenter fra denne periode, som har haft en væsentlig virkningshistorie. I gennemgangen af økonomiaftalerne, som følger efter nærværende dokumentgennemgang, ser det imidlertid ikke ud til, at der foregår væsentlige ændringer i den sundhedspolitiske diskurs til og med 1992. Der er i høj grad stadig fokus på udgiftskontrol som det primære policy-problem.

”Nøgleordet for 1990’ernes sundhedsvæsen er kvalitet. I de seneste år er der arbejdet intenst med kvalitetsudvikling i det danske sundhedsvæsen og i de kommende år kan forventes en endnu større indsats. En indsats, som vil medføre, at kvalitetsudviklingen fra at være enkeltstående projekter i højere grad bliver en del af den daglige drift. Et af hovedformålene med den kommende sundhedsplanlægning er at fremme denne udvikling.”  
(Sundhedsstyrelsen & Sundhedsministeriet 1993:3)

To opgaver fremhæves af sundhedsministeren som særlig vigtige områder, alle må tage ansvar for: ”Det drejer sig bl.a. om inddragelse af brugerne samt etablering af den nødvendige dataindsamling” (Sundhedsstyrelsen & Sundhedsministeriet 1993:3)

Pjecen er udarbejdet af sundhedsstyrelsens udvalg for kvalitetsudvikling med det formål at sikre sammenhæng i arbejdet med kvalitetsudvikling. Udvalget konstaterer, at højest mulig kvalitet altid har været højt prioriteret. Det nye er, at kvalitetsudviklingen gennemføres løbende og systematisk, at alle involverede personalegrupper inddrages, at der findes veldefinerede kvalitetsmål som løbende vurderes, samt at kvalitetsniveauet måles og dokumenteres (Sundhedsstyrelsen & Sundhedsministeriet 1993:4).

Udvalget definerer derefter kvalitet som målopfyldelse: ”Kvalitet er et udtryk for, i hvilken grad resultatet svarer til de opstillede mål eller krav. God kvalitet er høj målopfyldelse, mens dårlig kvalitet er lav målopfyldelse” (Sundhedsstyrelsen & Sundhedsministeriet 1993:6).

Det er gennemgående for pjecen, at kvalitet opfattes som kvantificerbart, og at det er ønskeligt – og muligt – at få gjort kvaliteten målelig på alle områder:

”Ikke alle resultater kan uden videre måles – men flere end mange tror. Kravet om kvalitet og en systematisk vurdering af kvaliteten gælder også de umålelige områder. Derfor må der findes metoder til at gøre det umålelige måleligt!” (Sundhedsstyrelsen & Sundhedsministeriet 1993:6)

Hermed artikuleres et markant brud med den tidligere forståelse af kvalitet som umåleligt. Kvalitetsvurderingsprocessen beskrives som følger:

”Fastsættelse af mål indebærer definition af kriterier og standarder for kvaliteten. Til brug for dataindsamlingen identificeres indikatorer. Der indsamles data og det vurderes, om det ønskede kvalitetsniveau er nået. Arbejdet med kvalitetsforbedring tilrettelægges ud fra en analyse af, hvordan resultaterne er opnået. Løbende overvågning er med til at sikre og fastholde den opnåede forbedring – og kvalitetsmålene revideres til stadighed på grundlag af forbedrede resultater og ny viden” (Sundhedsstyrelsen & Sundhedsministeriet 1993:8)

### **Patienten i *National strategi for kvalitetsudvikling***

Patienttilfredshed er i centrum for pjecen: ”Patienttilfredsheden skal være i orden, både med hensyn til kerneydelser, periferiydelser og organisationen af dem” (Sundhedsstyrelsen & Sundhedsministeriet 1993:6)

Patienttilfredshed og inddragelse af brugerne handler ikke kun om at få gode evalueringer eller at begrunde kvalitetsudviklingen. Patientinddragelse er ligeledes en forudsætning for kvalitetsudviklingen og -sikringen:

”Inddragelse af brugeres og patienters erfaringer, behov og ønsker er en forudsætning for kvalitetsudvikling. De skal aktivt inddrages, når kvalitetsmål fastsættes og resultaterne vurderes” (Sundhedsstyrelsen & Sundhedsministeriet 1993:9)

Og senere:

”Inddragelse af patienters og brugeres behov, ønsker og erfaringer i målfastsættelsen og i evalueringen af indsatsen er et vigtigt led i kvalitetsudvikling. Ledelsen og medarbejdere på alle niveauer må overveje mulighederne for at inddrage patienter og borgere i definitionen af kvalitet i sundhedsvæsenet. Da bruger- og patientmeningsmålinger ofte er vanskelige at vurdere, er udviklingen af egnede metoder en væsentlig opgave” (Sundhedsstyrelsen & Sundhedsministeriet 1993:14).

Desuden betyder det fornyede fokus på kvalitet som kvantificerbart, at borgerne skal informeres om kvaliteten, så de kan bruge disse oplysninger fx i forbindelse med frit valg:

”Adgang til oplysninger, der gør det muligt at vurdere og sammenligne kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser, er en forudsætning for borgernes mulighed for at træffe egne valg, herunder valg af sygehus. Det bør derfor overvejes, hvordan information om kvaliteten fremskaffes og formidles til borgerne.” (Sundhedsstyrelsen & Sundhedsministeriet 1993:14)

### **Opsummering**

Med den nationale strategi er kvalitet og kvalitetsudvikling for alvor kommet på dagsordenen, og kvalitet er i den forbindelse gået fra at blive set som umuligt at kvantificere til nu at blive opfattet som målbart og defineret som målopfyldelse. Med måling af kvalitet er brugervurderinger blevet uundværlige. En af de vigtigste kvalitetsindikatorer er patienttilfredshed, og patienternes ’behov, ønsker og erfaringer’ er nødvendige redskaber i kvalitetsudviklingen. Et mål med kvalitetsindikatorerne er desuden, at de skal benyttes af patienterne i forbindelse med frit valg. Patientens rolle i den sundhedspolitiske diskurs har således ændret sig drastisk. Der er ikke længere tale om det samfundsøkonomisk ansvarlige individ, som har til opgave at trække så lidt som muligt på systemet, men i stedet om en patient, som via sine personlige præferencer og krav benyttes aktivt i kvalitetsudvikling.

## **Patienten i centrum – oplæg til et bedre sundhedsvæsen (1994)**

I marts 1994, et år efter regeringsskiftet til socialdemokratisk regering, udkommer et oplæg til strategi fra regeringen med overskriften ”Patienten i centrum – oplæg til bedre sundhedspolitik”<sup>15</sup>. I sin karakter af strategioplæg adskiller dokumentet sig fra de resterende kilder i nærværende analyse. Dokumentet synes imidlertid at have en forholdsvis stor receptionshistorie og er desuden interessant pga. at dets styrkede fokus på patienten.

I starten af dokumentet defineres tre hovedformål for sundhedsvæsenet fremover: 1) sundhedsfremme og forebyggelse, 2) nedbringelse af ventetider og 3) højnelse af kvaliteten (Regeringen 1994:1-2). Senere konstateres et ”klart behov for forbedringer på sundhedsområdet” (Regeringen 1994:2), hvorefter regeringens tiltag på sundhedsområdet nævnes. I 1993 blev det aftalt, at ventetider skal nedbringes til højst tre måneder, og at hjerteoperationer skal fordobles. Desuden er en udbygning af indsatsen for sindslidende igangsat, patientklagesystemet skal effektiviseres, et udvalgsarbejde om uddannelseskapacitet er igangsat mm. I forhold til forebyggende arbejde skriver regeringen: ”Det er vores opfattelse, at der er behov for en styrkelse af forebyggelsesindsatsen – og regeringen er parat til at gennemføre de nødvendige prioriteringer” (Regeringen 1994:4). Regeringen ønsker derfor bl.a. at styrke indsatsen mod tobak, alkohol, narko og selvmord.

Regeringen bekendtgør desuden, at organisationen på sygehusene skal være fleksibel, samt at ledelserne på sygehusene skal styrkes bl.a. via en mere klar ansvarsfordeling. Herudover ønsker den at indgå en fireårsaftale med amterne, hvor det bl.a. skal fremgå, hvordan de forskellige tiltag finansieres, ventetidsplanen realiseres, patientinformationen, kvaliteten forbedres mm<sup>16</sup>.

### **Patienten i *Patienten i centrum***

Med strategiens titel markeres det allerede, at patienten har fået en markant rolle i bl.a. organiseringen af sundhedsvæsenet. Det samme antyder følgende bekendtgørelse: ”Regeringen lægger afgørende vægt på, at sundhedsvæsenets opgaver løses under overskriften ”Patienten i centrum”” (Regeringen 1994:1).

På første side proklameres det, at regeringen ønsker ”at leve op til borgernes berettigede ønsker i forhold til sundhedsvæsenet” (Regeringen 1994:1). Senere skrives tilsvarende, at hvis danske hospitaler skal kunne sammenligne sig med øvrige vesteuropæiske lande, skal fokus ikke kun ligge på faglig kvalitet og teknologisk udvikling: ”Det drejer sig i lige så høj grad om kvaliteten af plejen samt indfrielsen af borgernes/patienternes berettigede ønsker og behov” (Regeringen

---

<sup>15</sup> At patienten skal i centrum er imidlertid ikke noget helt nyt indenfor sundhedsvæsenet. I et interview med Britta Schall Holberg omkring produktivitetsudvalgets nedsættelse i starten af 80’erne udtrykker hun, ”det havde egentlig ikke så meget at gøre med besparelser, fordi det handlede mere om patienten i centrum”(Bentsen 2000: 115).

<sup>16</sup> Se økonomaftalen for 1995-1998 (Amtsrådsforeningen, 1994)

1994:1). Udtrykket 'berettigede ønsker' peger på et skift i forhold til 191980'erne, hvor befolkningens ønsker i høj grad blev anset som et problem.

Desuden markerer fokuset på kvalitet, ventetid og bl.a. patientoplysning, at patienten er kommet i centrum. Dokumentet afsluttes med et afsnit med overskriften "Patienterne i centrum – ikke i klemme", som refererer til en bedre samordning mellem amter og kommuner:

"Formålet er, at ingen patienter skal komme i klemme mellem 'systemerne', at et misforstået hensyn til 'systemerne' og kassetænkning skal vige for hensynet til kvaliteten af den serviceydelse, det offentlige sundhedsvæsen tilbyder borgerne. Målet er, at den enkelte patient og borger oplever undersøgelse, behandling, pleje og genoptræning som et sammenhængende og veltilrettelagt forløb. Sådan er det ikke på alle områder i dag. Derfor lægger regeringen afgørende vægt på, at der indgås de nødvendige aftaler" (Regeringen 1994:5)

Samordningsspørgsmålet bliver således behandlet ud fra et ønske om at tilgodese patienten og dennes behov, og med patienten i centrum for organisationen.

### **Opsummering**

Regeringens strategioplæg markerer et skift i sundhedspolitikken, hvor den strenge udgiftspolitik neddæmpes til fordel for forbedringer på sundhedsområdet bl.a. via nedbringelse af ventetider, højnelse af kvalitet, fokus på forebyggelse og sundhedsfremme. Hjerteområdet og sindslidende fremhæves som særlige indsatsområder.

Strategioplæggets titel angiver i sig selv et øget fokus på patienten i organisationen af sundhedssektoren. I afsnittet med overskriften 'Patienten i centrum – ikke i klemme' beskrives det, hvordan patienten og dennes oplevelser skal være udgangspunktet for samordningen af sundhedsvæsenet.

Befolkningens ønsker til sundhedsvæsenet benævnes flere gange som 'berettigede', og hermed markeres det, hvordan befolkningens krav har skiftet status fra før at være et problem som skulle holdes i ave, til nu at være noget, som sundhedssektoren skal forsøge at leve op til.

### **Udvalget vedrørende sygehusvæsenets økonomi (SØK-udvalget) (1994)**

SØK-udvalget<sup>17</sup> nedsættes i 1993 som et led i den række af initiativer på sygehusområdet, som tidligere er blevet beskrevet – herunder planer om højst tre måneders ventetid, udbygning af

---

<sup>17</sup> Udvalget er et embedsmandsudvalg bestående af repræsentanter fra de relevante ministerier, Amtsrådsforeningen, Københavns og Frederiksbergs kommune, Sundhedsstyrelsen samt Nordjyllands amt. Formand for udvalget er departementschef for Sundhedsministeriet Jørgen Varder. Der nedsættes desuden tre arbejdsgrupper vedrørende henholdsvis den teknologiske udvikling på sygehuse, specialeplanlægningen samt styringsmekanismer.

hjertekirurgisk kapacitet og forstærket indsats for sindslidende. Desuden bebuder statsministeren følgende i sin åbningstale til folketinget:

”Der er ikke tvivl om, at sygehusvæsenet har været udsat for stram økonomi gennem de seneste år. Regeringen vil nu tage initiativ til en drøftelse med amterne om en fireårig økonomiaftale om sygehusenes vilkår, styring, opgaveløsning og henvisningspraksis. Der er behov for klare rammer og realistiske vilkår” (Sundhedsministeriet 1994:8)

På den baggrund nedsættes SØK-udvalget bl.a. med det formål at beskrive den nuværende og fremtidige udvikling i sygehusvæsenet samt at komme med anbefalinger til ændringer i styringsredskaberne, som kan bidrage med bedst mulig ressourceudnyttelse (Sundhedsministeriet 1994:9).

I rapportens deskriptive afsnit beskrives det, hvordan sygehusudgifterne fra 1988 til 1993 er faldet med 200 mio. kr. (Sundhedsministeriet 1994:28). Samtidigt er der sket en produktivitetstigning i sygehusvæsenet i form af flere indlæggelser, færre sengedage og kortere liggetider (Sundhedsministeriet 1994:45).

Udvalget tilskriver den lave vækst og den høje produktivitet en stram styring af sundhedsvæsenets ydelser grundet amter og kommuners eneansvar for finansieringen. Rammestyringen anses således som årsagen til det danske sygehusvæsen succes i international forstand. Desuden nævnes en stor udbredelse af LEON-princippet – princippet om behandling på lavest effektive omsorgsniveau – som en årsag (Sundhedsministeriet 1994:54-55).

Udvalget kommer med en række forslag, som kan indgå i regeringens ønskede fireårsaftale. Forslagene omhandler sygehusvæsenets styring og ledelse, specialefordelingen, uddannelses- og faststillingsreformer, informationssystemer, den teknologiske udvikling, produktivitetsudviklingen, patientinformation og kvalitetsudvikling samt samarbejdet med praksissektoren. I forhold til dokumenterne fra 1970'erne og 1980'erne er særligt det store fokus på kvalitetsudvikling nyt.

I behandlingen af sundhedsvæsenets styringsmekanismer gør udvalget en del ud af at godtgøre, at sundhedssektoren ikke kan fungere på markedsvilkår:

”(...) de fleste varer og tjenester produceres og sælges af private på markedsmæssige vilkår. Der er imidlertid gode grunde til, at sundhedssektoren både i Danmark og de fleste andre lande er organiseret anderledes. Der er særlige forhold ved sundhedsydelser, som gør, at sektoren efter alt at dømme hverken kan organiseres økonomisk effektivt eller politisk-etisk acceptabelt efter egentlige markedsökonomiske principper” (Sundhedsministeriet 1994:172-173)

Desuden er der:

”forhold ved sundhedsydelse, som gør, at almindelige markedsmekanismer vanskeligt kan fungere så effektivt som på andre områder. Et velfungerende marked forudsætter en ”magtbalance” mellem køber og sælger, hvor køber kan vurdere nytten af en tilbudt vare eller tjeneste og kan vælge ikke at købe eller vælge en anden sælger. Den situation er sundhedssektorens patienter sjældent i. De ved sjældent, hvilke undersøgelser der er nødvendige, eller hvilken behandling der kan hjælpe dem. Det er netop en af det professionelle sundhedspersonales vigtigste opgaver at vurdere for patienten, hvilken undersøgelse, behandling og pleje, der er behov for. I et sundhedsvæsen, der er organiseret på markedsvilkår, betyder denne asymmetriske information, at det i høj grad er sælgerne, der bestemmer, hvad køberne skal købe (Sundhedsministeriet 1994:174).

Det danske system roses derimod for, at give lige adgang, at være enkelt og have administrative fordele samt (med rammestyningen) at give gode muligheder for styring og budgetsikkerhed (Sundhedsministeriet 1994:184-185). På denne måde følger rapporten de tidligere rapporter, hvoraf mange roser rammestyningen.

Alligevel synes der også at være problemer med det danske offentlige system, som gør, at forskellige tiltag til en udvidelse af rammestyningen synes nødvendige.

”Først og fremmest er enhederne i et sådant system ikke underlagt det automatiske effektivitetskrav, som virksomheder, der konkurrerer på et marked, er udsat for. Rammestyningen kan sikre, at udgifterne holdes på det ønskede niveau, men sikrer ikke i sig selv effektivitet, dvs. at der produceres tilstrækkeligt mange ydelser af høj kvalitet og dermed med tilstrækkeligt gode resultater. Effektiviteten i et sådant system sikres gennem en hensigtsmæssig organisation, kompetent ledelse og faglig ansvarlighed på alle niveauer” (Sundhedsministeriet 1994: 186)

Det står dermed klart, at selvom det fastslås, at sundhedsvæsenet ikke skal fungere på markedsvilkår, så er markedet alligevel blevet en reference, som sundhedssektoren sammenlignes med. Senere beskrives det, hvordan sundhedssektoren ikke er dygtig nok til at tilpasse sig befolkningens ønsker og forventninger:

”En anden risiko ved et meget offentligt styret system er, at det kan rumme en risiko for ringe valgfrihed for borgerne og ringe lydhørhed over for deres ønsker. Det er således åbenbart, at det danske sundhedsvæsen under 80’ernes stramme økonomiske styring på visse punkter ikke har opfyldt befolkningens forventninger. Det gælder fx ventetiderne til visse operationer. Budgetrestriktionen i et rammestyret system kan føre til uoverensstemmelser mellem udbuddet og befolkningens ønsker” (Sundhedsministeriet 1994:186)

SØK-udvalget foreslår i den forbindelse en videreførelse af kontraktstrategier mellem amter og sygehuse, hvor der formuleres målsætninger for aktivitet, kvalitet og udvikling, og hvor der generelt fokuseres på sammenhæng mellem økonomi og aktivitet. SØK-udvalget anbefaler en udbygning af kontraktstrategierne, fordi det er dets vurdering, at kontraktstrategier på en hensigtsmæssig måde synliggør, hvad der betales for, og at det desuden er positivt ”at amtsråd og

sygehuse opfatter sig som parter, der henholdsvis efterspørger og udbyder nogle nærmere definerede ydelser”(Sundhedsministeriet 1994:195)

Adskillige lande har en ”endnu kraftigere adskillelse af rollerne som efterspørger og udbyder end i kontrakt strategien, ofte ved at der søges etableret et ”indre marked” i sundhedsvæsenet, således at sygehusene ikke får et budget til at finansiere virksomheden, men betales efter deres præstationer – ’pengene følger patienten” (Sundhedsministeriet 1994:197). Med frit sygehusvalg betyder et sådant system, at de sygehuse, som er mest effektive og har ydelser af bedst kvalitet, får flest patienter og dermed flest penge. Udvalget vurderer imidlertid, at en række fundamentale sundhedspolitiske og sundhedsøkonomiske vilkår taler imod præstationsbetalingen som generelt finansieringsprincip (Sundhedsministeriet 1994:197). Og de konkluderer, at ”et offentligt dansk sygehus ikke er og ikke bør være en fritstående forretning, der ser det som sin opgave at tiltrække flest mulige patienter” (Sundhedsministeriet 1994:200)

Dog anbefales det, at amterne afprøver præstationsbetaling, hvor der er tale om veldefinerede behandlingsopgaver, fordi dette evt. kan fremme effektiviteten. I den forbindelse anbefaler udvalget desuden (som Lotz-udvalget før det), at der udvikles et DRG/case-mix system baseret på danske forhold (Sundhedsministeriet 1994:202).

Desuden anbefaler udvalget, at ledelsesfunktionen styrkes på sygehus- og afdelingsniveau, men peger ikke på en enkelt ledelsesmodel, som bør fremmes.

### *Kvalitet*

Som allerede nævnt er kvalitet og kvalitetsudvikling kommet på dagsordenen. At kvaliteten er kommet i centrum viser sig allerede i statsministerens åbningstale til folketinget 1993, som leder til nedsættelsen af SØK-udvalget:

”Der skal fortsat være offentlig sygesikring og fri sygehusbehandling for alle. Vi skal bevare og forbedre kvaliteten. Der skal være plads på sygehusene uden lange ventetider”  
(Sundhedsministeriet 1994:8)

Generelt finder udvalget, ”at en styrkelse af kvalitetsudviklingsarbejdet kan få stor betydning for sygehusvæsenets udvikling både fagligt og organisatorisk” (Sundhedsministeriet 1994:23) Et af udvalgets forslag lyder da også: ”Udvalget foreslår, at kvalitetsudviklingsarbejdet opprioriteres i såvel sygehuskommunerne som i Sundhedsstyrelsen” (Sundhedsministeriet 1994:23).

Desuden udkommer SØK-udvalgets rapport året efter *National strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet* samt en rapport om principper for udvikling af databaser for klinisk kvalitet. Om sidstnævnte skriver SØK-udvalget: ”Etableringen af sådanne databaser må forventes at give kvalitetsudviklingen et markant løft i form af sammenlignelige, kvalitative data til kvalitetsregistrering” (Sundhedsministeriet 1994: 80). Det slås således også her fast, at kvalitet ikke mere forstås som det umålbare.



## Patienten i SØK-udvalgets rapport

Allerede i udvalgets kommissorium synes patienten at fylde en del. Ud over en reference til nedbringelse af ventelister nævnes også borgernes frie valg samt brugerundersøgelser, som spørgsmål udvalget skal inddrage i sit arbejde (Indenrigsministeriet 1994: 9).

Et brud i forhold til rapporter fra 1970'erne og 1980'erne findes i beskrivelserne af befolkningens forventninger til sundhedssektoren, som tidligere er blevet artikulert som et problem. Befolkningen måtte lære ikke at trække for meget på eller forvente for meget af sundhedsvæsenet. I SØK-udvalgets rapport spiller befolkningen og brugernes forventninger og ønsker en anden rolle. Nu er idealet blevet et sundhedssystem, som er mere lydhør overfor patienternes ønsker.

Med overskriften "Patientkrav om bedre service" markeres det, hvordan patienternes krav og forventninger til sundhedsvæsenet er kommet i centrum. Det beskrives, hvordan brugerundersøgelser viser, at befolkningen generelt opfatter sygehusvæsenet positivt.

"Samtidig er der ingen tvivl om, at befolkningen bliver stadig mere kvalitetsbevidste – de vil have ydelser af høj standard, de vil have dokumentation for at kvaliteten er i orden, og de vil ikke acceptere lange ventetider. Denne kvalitetsbevidsthed vil få stadig større betydning overalt i den offentlige sektor. Sygehussektoren må tage udfordringen op, ellers vil borgerne i stadig udstrækning efterspørge sygehusedelser uden for den offentlige sektor"  
(Sundhedsministeriet 1994:77)

Der er således blevet sygehussektoren, der må tilpasse sig, såfremt den ikke lever op til befolkningens forventninger frem for omvendt. Det er nu patientens rolle at stille krav og sætte pres på sundhedsvæsenet.

"Der er ikke tvivl om, at sygehusvæsenet har været udsat for en stram økonomi gennem de seneste år. Det må samtidig lægges til grund, at patienternes krav og forventninger til behandlingsmuligheder, kvaliteten af behandling og service samt omfanget af information er stort. Det har ført til, at der er sat fokus på en række områder, hvor der er opstået et misforhold mellem patienternes forventninger og sygehusenes muligheder for at imødekomme disse. Det er fx kommet til udtryk i den løbende diskussion om ventetiderne til behandling på sygehusene, i kritikken af indsatsen for de sindslidende m.m. "  
(Sundhedsministeriet 1994:215)

Som før beskrevet er ventetider og sindslidende netop nogle af regeringens nye indsatsområder.

Med patienternes nye rolle, som dem der sætter pres på sundhedsvæsenet, er et styringsredskab af særlig betydning - brugerundersøgelserne. Et af udvalgets forslag under overskriften *styring og ledelse* lyder således:

”Både i forbindelse med en kontraktstrategi, men også i andre tilfælde, kan systematiske brugerundersøgelser efter udvalgets vurdering være et værdifuldt instrument til at få bedre viden om, hvilke ydelser og hensyn borgerne/patienterne lægger vægt på inden for sygehusvæsenet. Brugerundersøgelser kan styrke beslutningsgrundlaget for såvel den politiske som den administrative ledelsesfunktion. Udvalget anbefaler derfor, at udvikling og anvendelse af brugerundersøgelser styrkes med sigte på at forbedre kvalitet og effektivitet” (Sundhedsministeriet 1994:196)

Patienternes synspunkter, som de kommer til udtryk i brugerundersøgelser, har til formål at skabe forbedret service og kvalitet. Ikke nok med at brugernes ønsker og forventninger er kommet i centrum for styringen af sundhedssektoren. Også på mere direkte måder er patienten i centrum for sygehusvæsenets organisering, fx via patientforløbet. Som det fremgår af nedenstående citat er det forventningen, at patientens stigende betydning for organiseringen vil føre til mere ’økonomisk rationel drift’:

”Borgernes ønske om et højere serviceniveau vil alt andet lige fortsat føre til et pres på sygehusvæsenet i de kommende år. Der arbejdes overalt i sygehussektoren på at udvikle servicen (...). Samtidig er der en udvikling i retning af, at patienten og det enkelte behandlingsforløb i stadig højere grad bliver centrum for sygehusvæsenets organisering. Fælles for disse initiativer er, at de ikke nødvendigvis fører til flere sygehusudgifter. Tværtimod vil organisationsudviklingen ofte føre til en mere økonomisk rationel drift ” (Sundhedsministeriet 1994:81).

Fokus på patientforløb er ikke noget nyt. Både Produktivitetsudvalget og Samordningsudvalget havde i 1980’erne stort fokus på betydningen af det sammenhængende patientforløb, og der sås tendenser til, at patientens oplevelser kom i fokus for patientforløbet. Dette er i endnu højere grad tilfældet nu, hvor patientens ønsker til behandlingen trækkes frem:

”Patienterne ønsker bedre koordinering af undersøgelser og behandlinger, så patienterne oplever kontinuitet i hele forhandlingsforløbet. Patienterne ønsker at møde den samme læge, eller et begrænset antal læger, under behandlingsforløbet. Mange skiftende læger kan forvirre patienten og skabe utryghed.” (Sundhedsministeriet 1994:78)

På den måde fremstilles samordning og koordinering, som hele tiden har været et hovedfokus for sundhedspolitikken, som et krav fra patienten, som sundhedsvæsenet reagerer på. Desuden er patientinformation på dagsordenen.

”Patienterne ønsker bedre information. Mere konkret udtrykt som et ønske om, at der allerede ved indlæggelsen gives oplysninger om undersøgelses- og behandlingsforløbet og at der informeres om forventede ventetider til de forskellige dele af behandlingsforløbet samt om aflysninger og udsættelser” (Sundhedsministeriet 1994:79).

Et af SØK-udvalgets forslag omhandler da også information om bl.a. ventetider til patienterne. Det er udvalget opfattelse, at utilfredsheden med ventetiden ofte skyldes manglende

information om, hvornår patienten kan forvente at blive behandlet. Udvalget foreslår derfor at ”patienter allerede ved henvisning informeres om de forventede ventetider til forskellige dele af behandlingsforløbet” (Sundhedsministeriet 1994:18)

### *Frit sygehusvalg*

SØK-udvalgets rapport udkommer året efter, at loven om frit sygehusvalg er trådt i kraft. Det er særligt i diskussionen af styringen af sygehusvæsenet, at det frie sygehusvalg bliver behandlet i rapporten. Selvom meget få på daværende tidspunkt benytter loven, mener udvalget alligevel, at loven sætter nye krav til rammestyningen (Sundhedsministeriet 1994:79)

”Med indførelsen af det frie sygehusvalg har man yderligere søgt at styrke patienternes rettigheder og øge lydhørheden overfor deres ønsker. Det giver til gengæld en risiko for, at den økonomiske styring svækkes” (Sundhedsministeriet 1994:186)

Når der tales om, at den økonomiske styring svækkes skyldes det, at princippet om at det amt, som har det økonomiske ansvar for sygehusydelse, bestemmer hvordan betjeningen tilrettelægges, må vige ved indførelsen af det frie sygehusvalg (Sundhedsministeriet 1994:191). På andre måder kan man imidlertid mene, at styringsmulighederne øges, nemlig i forhold til markeds- og incitamentsstyring. I en diskussion af hvordan betaling skal foregå for patienter, som behandles uden for eget amt, skelnes der mellem frit valg som rettighed og som styringsmekanisme:

”Der kan anlægges to helt forskellige syn på dette. Man kan mene, at det netop er afgørende for det frie sygehusvalg, at sygehusene får en tilskyndelse til at konkurrere på kvalitet og service. Indtægterne bør derfor tilfalde det valgte sygehus. Eller man kan mene, at det frie valg er en borgerrettighed og ikke en styringsmekanisme. Hvis det giver anledning til ændrede patientstrømme, må amtsrådene foretage de fornødne budgettilpasninger – eller tage initiativ til at forbedre kvaliteten på de sygehuse, der fravælges. (Sundhedsministeriet 1994:192)

Det er symptomatisk, at frit valg kan ses som både patientret og styringsmekanisme. I de sundhedspolitiske dokumenter er der generelt en tendens til, at valgfriheden behandles ud fra styringsperspektivet.

### **Opsummering**

Med SØK-udvalgets rapport markeres på mange områder et brud med rapporter og betænkninger fra 1970'erne og 1980'erne. Fx har retorikken omkring udgiftskontrollen ændret sig. 1980'erne tilskrives en stram økonomisk politik med det resultat, at sundhedsvæsenet har haft svært ved at leve op til befolkningens forventninger. Ved fx at sætte ekstra penge af til ventetider, hjerteområdet og sindssygdom ønsker regeringen nu at løsne op for denne økonomiske politik. Samtidig er disse øremærkede midler et tegn på, at der kommer en stigende statslig indblanding i den konkrete udformning af sundhedspolitikken.

Udvalget roser, som mange af de tidligere rapporter, den danske rammestyring for at give gode muligheder for styring samt budgetsikkerhed. Alligevel kritiseres systemet for mangel på effektivitetskrav, dårlig lydhørhed overfor borgernes ønsker og manglende muligheder for at give borgerne valgfrihed. Derfor foreslår udvalget en videreføring af kontraktstrategier mellem amter og sygehuse for derved at skabe en adskillelse af rollen som efterspørger og rollen som udbyder. Desuden anbefales en afprøvning af præstationsbetaling på afgrænsede behandlingsopgaver – samt i den forbindelse at udvikle et DRG system til danske forhold.

Af de mange temaer, som udvalget tager op, synes især fokuset på nedbringelse af ventetider, styrkelse af valgmuligheder samt udviklingen af kvalitet at være nyt sammenlignet med 1970'erne og 1980'erne. Som i de tidligere gennemgåede 90'er-dokumenter er kvalitet gået fra at være umålbart til at være noget, som via fx kliniske databaser skal gøres til sammenlignelige data.

Patienten fylder meget i SØK-udvalgets rapport, hvilket fx markeres ved beskrivelser af, hvordan patienten både indirekte via fx brugerundersøgelser og mere direkte via et stort fokus på patientforløb er kommet i centrum for organiseringen af sundhedsvæsenet som både objekt og subjekt.

Det er ikke nyt, at der er fokus på befolkningens forventninger, ønsker og krav til sundhedssektoren, men hvor disse tidligere skulle holdes i ave for ikke at lægge unødigt pres på systemet, er det nu blevet systemet, som skal være lydhørt overfor og tilpasse sig befolkningens forventninger. Og det bliver på den måde patienternes rolle at stille krav og ytre deres meninger, fx via brugerundersøgelserne.

Opsummerende kan det siges, at de primære policy problemer er gået fra at være fokuseret omkring udgiftskontrol og prioritering i 1970'erne og 1980'erne til nu at være et spørgsmål om tilpasning og omstillingsparathed. Det betyder ikke, at de tidligere problemer forsvinder, blot at de ikke længere artikuleres som de vigtigste. Desuden er der tale om et brud med den tidligere forståelse af, hvordan udgiftskontrollen opnås. Mens befolkningens ønsker til fx serviceniveau før blev set som noget, der pressede udgifterne i vejret, ses det at rette sig efter befolkningens og brugernes ønsker nu som noget, der kan føre til mere 'økonomisk rationel drift'.

## **Sygehuskommissionen (1997)**

I 1995 nedsættes sygehuskommissionen<sup>18</sup> med det formål, at

---

<sup>18</sup> Sygehuskommissionen sammensættes af to professorer (Jørgen Grønnegård Christensen fra Århus Universitet og Jan Lindsted fra Stockholm) samt repræsentanter fra Amtsrådsforeningen, HS, de relevante ministerier og fra virksomhederne Paranova samt LEGO. Departementschef for Sundhedsministeriet Ib Valsborg er kommissionsformand. Desuden nedsættes fire arbejdsgrupper, som leverer baggrundsmateriale til kommissionen. Arbejdsgrupperne behandler henholdsvis: 1: demografiske, teknologiske og sundhedsvidenskabelige

”beskrive og vurdere den overordnede organisation af det danske sygehusvæsen og analysere de faktorer (demografi, teknologi, sundhedsfaglige og uddannelsesmæssige forhold, sygehusenes kapitalapparat og udnyttelsen heraf m.m.), der vil påvirke sygehusvæsenets langsigtede udvikling” (Sundhedsministeriet 1997:kap 1:1).

Med sygehuskommissionens rapport synes en stemning af krise at snige sig ind i sundhedspolitikken: ”Sygehusvæsenet har de seneste år ofte været genstand for kritik” (Sundhedsministeriet 1997:kap 2:1) – og der er ikke længere tale om udfordringer, men om problemer. De fleste af de problemer, som kommissionen nævner, er dog ikke nye. Der er tale om ledelses- og styringsproblemer, arbejdstilrettelæggelse, lægelig videreuddannelse, ventetid samt manglende sammenhæng i patientbehandlingen (Sundhedsministeriet 1997: kap 2:1). Af disse har kun ventetidsproblematikken ikke været behandlet som et større problem i 1980’erne.

Styringsproblematikken bliver indgående behandlet i rapporten. Det er kommissionens holdning at de nuværende styringsmuligheder ikke leverer ”tilstrækkelige tilskyndelser til at øge produktivitet, kvalitet, service etc.” (Sundhedsministeriet 1997: kap 2:2). Dog mener kommissionen, at en del af dette problem kan afhjælpes gennem en videreudvikling af rammestyringen bl.a. med resultatpuljer og resultatløn samt en ledelsesmæssig indsats. Herudover anbefaler kommissionen (som SØK-udvalget før den) en videreudvikling af kontraktstyringen mellem amter og sygehuse, hvor økonomi kobles til aktivitets- og resultatforudsætninger samt servicemål. Det beskrives i den forbindelse, hvordan fx servicemålene er inspireret af privathospitalerne:

”Servicemæssigt er der imidlertid ingen tvivl om, at der på de offentlige sygehuse er stor opmærksomhed om de initiativer, privathospitalerne har taget m.h.p. at yde den enkelte patient en god service. Indførelsen af servicemål i det offentlige sygehusvæsen er bl.a. sket under inspiration fra privathospitalerne.” (kap 9 s. 12)

Desuden behandles to alternativer til rammestyringen – henholdsvis aktivitetsbestemte bevillinger (’pengene følger patienten’) og køber/sælger modellen. Som SØK-udvalget anbefaler kommissionen ikke aktivitetsbestemte bevillinger (’pengene følger patienten’) som en generel styringsmodel, idet det vil svække budgetsikkerheden. Dog fremhæves en del fordele ved de aktivitetsbestemte bevillinger:

”Det er dog sandsynligt, at aktivitetsafhængige bevillinger kan gavne de mere synlige - men også sekundære - kvaliteter ved sygehusvirksomheden - service, ventetid, koordination med

---

udviklingstendenser, 2: modeller for placeringen af ansvaret for sygehusvæsenet, 3: mulighederne for at forbedre service, kvalitet og samarbejde og 4: sygehuskapaciteten i hovedstadsområdet.

praksissektoren o.l. Disse kvalitetsaspekter er langt fra betydningsløse (...) Kommissionen finder det derfor væsentligt, hvis præstationsbetaling kan bidrage til at forbedre kvaliteten på disse områder” (Sundhedsministeriet kap 10 s. 11)

Derfor anbefaler kommissionen at indføre forsøg, hvor rammestyningen suppleres med aktivitetsbestemte bevillinger.

I forhold til køber/sælger modellen finder kommissionen, at der er fordele ved at skabe en mere klar rollefordeling mellem politikerne, som stiller krav til aktivitetsniveau, service etc. mens sygehusledelsen står for driften. ”Med hensyn til køber/sælger-split eller en fortsat integreret model finder kommissionen, at teoretiske overvejelser om forholdet mellem den politiske og den driftsmæssige ledelse taler for køber/sælger-modellen” (Sundhedsministeriet 1997: kap 11:6) Formålet med køber/sælger modellen er ’at skabe bedre incitamenter til effektivitet gennem en form for konkurrence’ (Sundhedsministeriet 1997:Kap 10:1)

”Selvom "markedet" for sundhedsydelser adskiller sig så markant fra de fleste andre vare- og tjenestemarkeder, er det alligevel en nærliggende tanke, som også går igen i adskillige udenlandske reformer af sundhedsvæsenet, at søge at skabe styringssystemer, hvor produktivitet og kvalitet opnås gennem konkurrence, der minder om den, der kendes i erhvervslivet. Hvis det skal lykkes, er det afgørende, at de "kunder", der træffer køberbeslutningerne, ikke blot har interesse i kvaliteten, men også i prisen. En sådan interesse har patienterne ikke, da de ikke selv skal betale. Det har derimod sygehusvæsenets finansieringskilde, d.v.s. amterne” (Sundhedsministeriet 1997:Kap 10:14).

Det ses således, at sundhedsvæsenets ydelser og relationer bliver sammenlignet med markedsrelationer, og at amterne her betragtes som kunder.

Herudover anbefaler kommissionen, at takster udformes som diagnoserelaterede forløbstakster (DRG).

Forskellige modeller for placeringen af ansvaret for sygehusvæsenet diskuteres også, herunder færre amter, tre regioner eller statslig overtagelse af sygehusvæsenet. Det er første gang siden rapporten fra udvalget vedrørende praksissektorens organisation (1986) at egentlige strukturændringer diskuteres. Det er derfor interessant, at mens forslagene dengang gik på øget decentralisering via øget ansvar til kommunerne, går forslagene nu i den modsatte retning. Kommissionen kommer ikke med en konklusion, men vurderer ”at mere grundlæggende reformer (...) ikke er en nødvendig forudsætning for at tage fat på løsningen af de problemer, som sygehusvæsenet står overfor” (Sundhedsministeriet 1997: Kap 2:4).

I forhold til sygehusstrukturen konkluderer kommissionen, at en større arbejdsdeling er nødvendig, og at det ikke er muligt at opretholde alle små sygehuse. Desuden anbefales det, at lægevagt og skadestuefunktioner integreres. Herudover anbefales det, at antallet af skadestuer reduceres (Sundhedsministeriet 1997: Kap 2:5-6).

I forhold til ledelsesstrukturer anbefales det bl.a., at trojkanmodellen og afdelingsledelsesmodellen ændres, således at der placeres et entydigt ledelsesansvar. Også faggrænser og videreuddannelse behandles. Der er desuden stort fokus på informationssystemer og -teknologi. Herunder elektroniske patientjournaler<sup>19</sup> samt udvikling af sundhedsdatanet.

### *Kvalitet*

Begrebet kvalitet sættes fra starten af rapporten helt i centrum som en tværgående målsætning i sundhedsvæsenet. Kvalitet defineres (inspireret af WHO) som høj professionel standard, minimal patientrisiko, effektiv ressourceudnyttelse, høj patienttilfredshed og helhed i patientforløbet (Sundhedsministeriet 1997; kap 2:2). Kvalitet anses i udgangspunktet som svært at måle:

”Et dominerende problem for konkurrence på *kvalitet* er, at kvalitet i sygehusvæsenet er meget vanskelig at måle. For periferiydelserne er kvaliteten åbenbar. Det er som tidligere nævnt ikke irrelevant, men det er ikke nok. Kvaliteten af kerneydelserne er langt fra tilstrækkeligt dokumenteret i dag. Uanset valget af økonomiske styringsprincipper er der derfor behov for et forstærket udviklingsarbejde på dette område gennem medicinsk teknologivurdering, kliniske databaser m.m.” (kap 10 s. 14)

Som citatet viser, er løsningen ikke at lade være med at forsøge at måle kvaliteten som i 1980'erne, men derimod at arbejde hen mod en større dokumentation og kvantificering af kvaliteten. Dokumentationskravet har således stor vægt. I rapportens sammenfatning beskrives den overordnede målsætning for sygehusvæsenet som det at fremme menneskers sundhed. Det beskrives endvidere:

”I sin yderste konsekvens indebærer dette, at de ydelser, der ikke har en videnskabeligt dokumenteret positiv effekt på sundheden, ikke har nogen berettigelse. Dette strenge krav om dokumentation kan der ingen steder i verden leves op til, men det understreger behovet for kritisk testning af effekten af sygehusenes ydelser. Kommissionen sætter bl.a. på den baggrund kvalitet – både i sundhedsfaglige og de mere servicemæssige ydelser – som en tværgående målsætning for sygehusvæsenet” (Sundhedsministeriet 1997: kap 2:2)

---

<sup>19</sup> De elektroniske patientjournaler introduceres som en ’væsentlig ny komponent i sygehusenes fremtidige IT-infrastruktur’: ”Ud over de fordele, som patientjournalen kan give i behandlingen af den enkelte patient, kommer nogle mere overordnede gevinster. Den elektroniske journal kan, hvis den er godt struktureret, bruges til at sammenligne data for forskellige behandlings- og plejeforløb. Det giver bedre muligheder for forskningen og for at evaluere effekten af behandlingen.” (Sundhedsministeriet 1997: Kap 8:2)

Modsat 1980'ernes fokus på produktivitet og forestilling om, at effektiviteten er svær om ikke umulig at måle, bliver effekten/effektiviteten af sygehusenes ydelser nu sat i centrum, som målbart i og med kvalitetsbegrebet.

Udvalget konkluderer, at der ikke umiddelbart er grundlag for at vurdere, hvilke former for styringsmidler, som leder til mest kvalitet:

”Med hensyn til *kvalitetsmålsætningen* må det konstateres, at der ikke er grundlag for mere præcist at fastslå sammenhænge mellem kvalitet i sygehusvæsenet og forskellige styringsformer. Der kan derfor næppe konkluderes andet om rammestyringens konsekvenser for kvaliteten end, at styringsprincippet ikke i *sig selv* fremmer kvaliteten. Det betyder ikke, at kvaliteten nødvendigvis bliver dårlig, men at den må sikres gennem en række andre - navnlig faglige, ledelses- og planlægningsmæssige - tiltag.”  
(Sundhedsministeriet 1997: Kap 10:6)

Kvaliteten benyttes i høj grad som begrundelse for ændringsforslag. I nedenstående tilfælde bliver kvaliteten sat over nærhedsprincippet i en argumentation for færre sygehuse. Det fremhæves, at:

”der af hensyn til mulighederne for at sikre den faglige kvalitet i patientbehandlingen er behov for i større udstrækning at samle forskellige sygehusbehandlinger på færre enheder.”  
(Sundhedsministeriet 1997: Kap 9:9)

Og senere:

”Kravet om kvalitet kan i en række tilfælde komme i konflikt med en anden central målsætning i sygehusvæsenet om adgang til behandling så tæt på patientens eget hjem som muligt. Nærhed er efter kommissionens opfattelse en del af det at yde en god sygehusbetjening, men kvalitet i selve patientbehandlingen må altid have førsteprioritet. Det betyder konkret, at patienterne i større udstrækning må være indstillet på at skulle rejse eller transporteres over lidt større afstande. Hensynet til at sikre kvaliteten i patientbehandlingen og en effektiv udnyttelse af sygehusvæsenets ressourcer nødvendiggør dette” (Sundhedsministeriet 1997:kap 2:2)

### **Patienten i sygehuskommissionens betænkning**

Som i SØK-rapporten spiller patienttilfredsheden og patienterne individuelle behov en stor rolle i sygehuskommissionens betænkning:

”For sygehusvæsenet anskuet som servicevirksomhed er målet selvsagt den størst mulige tilfredshed hos patienterne og hos de pårørende. Det forudsætter grundlæggende et serviceorienteret personale, der er opmærksom på den enkelte patients individuelle behov”  
(Sundhedsministeriet 1997:Kap 4:5).

Og senere:



”Årligt undersøges og behandles ca. 1,5 mio. personer på sygehusene ambulant, i skadestuerne eller under indlæggelse. Deres oplevelse af sygehusenes ydelser og service er afgørende for, om sygehusvæsenet kan karakteriseres som velfungerende.”  
(Sundhedsministeriet 1997:Kap 7:1)

Desuden bliver patienten som før set brugt som begrundelse. Fx bliver informationssystemer begrundet i patienten:

”Perspektiverne ved at satse på og fremskynde den informationsteknologiske udvikling i sundhedssektoren er først og fremmest, at teknologien skal medvirke til, at den enkelte patient opnår et sammenhængende og veltilrettelagt forløb med ydelser af høj kvalitet og uden unødigt ventetid. Desuden vil teknologien åbne muligheder for at frigøre ressourcer, der ligeledes kan anvendes til at styrke kvalitet og service. Elektroniske patientjournaler og sundhedsdatanettet er i den forbindelse centrale begreber.” (Sundhedsministeriet 1997: Kap 8:1)

### *Det gode patientforløb*

Det gode patientforløb har en fremtrædende plads i betænkningen. Kommissionen kommer med en del forslag til fremme af kvalitet og service i patientbehandlingen, som alle har til formål at skabe et ”bedre og mere sammenhængende patientforløb – både inden for sygehusets mure og i forhold til andre dele af sundhedsvæsenet og tilgrænsende sektorer”  
(Sundhedsministeriet 1997: Kap 2:6)

Med gode patientforløb sigtes der mod så forskellige ting som

- høj faglig kvalitet af de undersøgelser og behandlinger sygehusene yder
- sammenhæng mellem sygehusenes tilbud og primærsektorens og kommunernes tilbud
- at patienterne ikke udsættes for unødigt ventetid
- at aftaler om tidspunkter for undersøgelser og behandling overholdes
- at der bliver informeret fyldestgørende fx om de behandlingsmæssige muligheder
- omkostningseffektivitet (Sundhedsministeriet 1997: Kap 7:1)

Som i SØK- udvalgets rapport fremgår det således, at patienternes oplevelse af patientforløbet har fået en mere fremtrædende rolle. Desuden synes patientforløbet at være blevet en samlebetegnelse for en del andre indsatsområder såsom fx ventetidsdiskussionen, information og endda omkostningseffektivitet. Områder der altså nu alle bliver begrundet i behovet for et bedre patientforløb. Patientforløbene benyttes på den måde også til at begrunde ønsket om ændringer på andre niveauer – fx det ledelsesmæssige:

”På den baggrund er en effektiv ledelsesstruktur og en professionel administration også en helt nødvendig forudsætning for at kunne skabe gode patientforløb og sikre en effektiv udnyttelse af sygehusenes ressourcer.” (Kap 7 s. 11)

Desuden synes der at være kommet et større fokus på individualiteten i de enkelte forløb:

”Hvad der for den enkelte patient karakteriserer et godt behandlingsforløb vil i en vis udstrækning være individuelt bestemt. Flexibilitet og imødekommenhed over for den enkelte patients individuelle ønsker vil ofte spille en meget afgørende rolle for patientens samlede vurdering af et behandlingsforløb.” (Kap 7 s. 1)

I en delbetænkning fra sygehuskommissionen omhandlende sygehuskapaciteten i hovedstadsområdet beskrives det, hvordan patientforløb bør fylde mere i planlægningen af behandlingen:

*”Planlægning baseret på patientforløb frem for diagnoser:* Planlægningen af både basisfunktioner og lands- og landsdelsfunktioner hviler overvejende på diagnoser, sygdomstilstande samt diagnostiske og terapeutiske procedurer. Omvendt opfattes sygdom for patienter og pårørende ofte mere som et forløb, hvor sygdommens sværhedsgrad og sygdommens konsekvenser for det sociale og det familiære liv veksler fra periode til periode. En planlægning ud fra denne synsvinkel vil indebære, at der mere skal fokuseres på, hvilken institution eller hvilket system, der mest hensigtsmæssigt varetager patienten og de pårørende i de forskellige faser af sygdomsforløbet. Formålet er, at de forskellige aktører i et integreret samarbejde varetager de delfunktioner, som de har særlig kompetence til. I det nuværende system er der en tendens til, at patienten helt og fuldt håndteres alene af den ene eller den anden aktør i den samlede problemløsning (Sundhedsministeriet 1996: 47-48)”

I forbindelse med det gode patientforløb nævnes visionen om ’det patientfokuserede sygehus’:

”Visionen i begrebet det patientfokuserede sygehus indebærer, at der bliver lagt vægt på at tilrettelægge samlede og sammenhængende patientforløb på tværs af de i dag kendte afdelinger. Patienterne flyttes såvidt muligt ikke rundt. Personalet kommer til patienterne og ikke omvendt. De behandles af en fast behandlings- og plejegruppe og gerne med en personlig kontaktlæge og kontaktsygeplejerske. Behandlingen foregår efter fastlagte protokoller (reference-programmer) og uden ventetid” (Sundhedsministeriet 1997: Kap 7:6)

Som beskrevet i opsummeringen af SØK-udvalgets rapport synes der at opstå en forestilling om, at patientcentreringen ikke er en modsætning til udgiftskontrol – nærmere tværtimod. Denne forestilling går igen i sygehuskommissionens betænkning, hvor det ofte fastslås, at visse forslag vil skabe både effektivitet, produktivitet osv. samt bedre patientforløb, bedre service etc.

”Ændringer i tilrettelæggelse af behandlingsforløbet ud fra de nævnte principper rummer både et potentiale for at skabe mere patientvenlige behandlingsforløb og for driftsmæssige effektiviseringer, hvorved flere patienter kan behandles inden for de givne rammer.” (Sundhedsministeriet 1997: Kap 7:6-7)

Og senere: ”Samlet vil der kunne opnås både mere patientvenlige og mere effektive behandlingsforløb.” (Sundhedsministeriet 1997: Kap 7:7).

### *Patientinformation*

Betænkningen har et stort fokus på patientinformation. Overordnet kan det siges, at information i de fleste af de gennemgåede rapporter mere har spillet en rolle som styringsredskab end som fx en patientrettighed. Dette ændrer sig ikke i nærværende betænkning. I 1970'erne og 1980'erne havde oplysning og patientinformation til opgave at aflaste sundhedsvæsenet enten ved at skabe 'rimelige' forventninger til sundhedsvæsenet eller ved at lette arbejde for plejepersonale og læger. I sygehuskommissionens rapport er der stadig spor efter denne brug af informationen. I nedenstående citat beskrives det, hvordan information benyttes som et redskab til at afstemme forventninger, dog er dette lige så meget et spørgsmål om at få så tilfredse og trykke patienter som muligt, som det er et spørgsmål om at aflaste systemet.

”Patienternes krav og forventninger til sygehusenes behandlingstilbud og service vil i betydeligt omfang være påvirket af den information, der bliver givet. En fyldestgørende information om de behandlingsmæssige muligheder og herunder om bivirkninger og risici er en forudsætning for, at patienterne kan danne sig realistiske forventninger til, hvad en behandling indebærer og hvilke resultater, det vil være rimeligt at forvente. På den mere servicemæssige side er det ligeledes vigtigt, at patienten løbende inddrages og holdes underrettet om, hvad der skal ske og hvornår. Utilstrækkelig oplysning om, hvad der aktuelt foregår i forløbet, og mangelfuld information om årsager til evt. afvigelser i et planlagt forløb giver naturligt anledning til frustration. Derimod kan eksempelvis en vis ventetid som regel accepteres, blot der er givet ordentlig besked om årsagen og helst ledsaget af en aftale om, hvornår undersøgelse eller behandling forventes at finde sted. Samlet gælder det, at manglende information sætter patienterne i en situation med usikkerhed, som skaber såvel utryghed som urealistiske forestillinger.” (Sundhedsministeriet 1997: Kap 7:1-2)

Desuden handler patientinformation ikke blot om at informere patienten om fx behandlingen, men er desuden et redskab til at gøre patienten så aktiv og medvirkende som muligt. I den forbindelse nævnes også patientundervisning:

”Der er (...) behov for grundigt at informere den enkelte patient om de behandlingsmæssige muligheder, så patienten selv kan medvirke i og påvirke behandlingen. Informationsopgaven kan således række videre end til at oplyse om, hvad sygehuset og dets personale kan tilbyde. Der kan eksempelvis være tale om forskellige former for patientundervisning, hvor patienten sættes i stand til at medvirke så aktivt som muligt i behandlingen.” (Kap 4 s. 5)

Med patientens nye rolle som den, der lægger pres på sundhedssektoren, er det særlig vigtigt, at patienten er informeret om sine muligheder fx i forhold til ventetider og frit valg. Skal de to ordninger fungere efter hensigten og skabe konkurrence mellem sygehusene, er det nødvendigt, at patienterne kender deres rettigheder. Derfor iværksættes oplysningskampagner:

”De centrale og decentrale sundhedsmyndigheder har i efteråret 1996 iværksat en oplysningskampagne om det frie valg og ventetider, hvori indgår skriftlig information, tekst-

TV, internet etc. Målet er at give patienterne og de praktiserende læger et informationsgrundlag, som gør det muligt at benytte det frie sygehusvalg til at vælge sygehuse med kortere ventetid.” (Sundhedsministeriet 1997: Kap 7:6)

Desuden foreslår kommissionen en landsdækkende service, som skal rådgive om ventetid:

”Ud over de initiativer, der allerede er gennemført, skal kommissionen derfor foreslå, at der etableres en central landsdækkende service, som får til opgave at understøtte rådgivningen af patienterne hos de praktiserende læger, sygehuse og de patientvejledere, amterne er ved at indføre, med aktuelle oplysninger om ventetidsudviklingen på de enkelte sygehusafdelinger.” (Sundhedsministeriet 1997: Kap 7:6)

### *Ventetid*

Ventetid behandles som allerede nævnt indgående i rapporten. Fx foreslås det, at der skabes differentierede mål for den acceptable aktive ventetid på forskellige behandlinger i stedet for 3 måneders målsætningen (Sundhedsministeriet 1997: Kap 2:6). For det meste bliver ventetid behandlet som et styringsredskab frem for en patientrettighed. Ventetidsproblematikken kobles således direkte sammen med effektivitets- og produktivitetsforbedringer:

”Det er efter kommissionens opfattelse derfor afgørende [pga. uacceptable lange ventetider], at der løbende sker en generel effektivisering i sygehusvæsenet, så der inden for de givne økonomiske rammer kan behandles flest muligt med tilstrækkelig høj kvalitet” (Sundhedsministeriet 1997: Kap 2:6) (Kap 3, s. 4 & kap 7 s. 4)

Ventetidsproblematikken bliver på den måde et spørgsmål om at lægge pres på sygehuse i forhold til effektiviseringen.

At ventetid som patientrettighed er sekundær ses også ved, at patienterne ofte vægter nærhedsprincippet over kort ventetid:

”Ventetiden er dog langt fra den eneste parameter, der overvejes i forbindelse med valg af sygehus. Afhængigt af den forventede liggetid spiller også afstanden til familie og venner en væsentlig rolle, ligesom mulighederne for et tæt samarbejde mellem sygehus, egen læge, hjemmepleje m.v. indgår i overvejelserne. Praktiske erfaringer har vist, at mange patienter vægter nærhed højere end en kortere ventetid. Det ændrer imidlertid ikke ved, at sygehusvæsenet skal kunne stille valide oplysninger om aktuelle ventetider til rådighed, så patienter har et reelt grundlag at vælge på.” (Sundhedsministeriet 1997: kap 7:6)

### *Frit valg*

Det frie valg fylder også i rapporten, og det tydeligt, at det frie valg ikke kun er til for patienternes skyld, men i høj grad handler om at skabe konkurrence mellem sygehuse.

”Uanset at det frie valg hidtil kun er benyttet af relativt få patienter, giver alene muligheden for, at patienterne kan vælge fra, et incitament til sygehusene til løbende at arbejde med service forbedringer” (Sundhedsministeriet 1997: Kap 2:6)

Det frie sygehusvalg kobles således først og fremmest sammen med et ønske om at skabe incitamentsstrukturer i sygehusvæsenet:

”For det enkelte sygehus indebærer det frie valg, at der er indført en serviceindikator i den forstand, at utilfredse patienter nu har mulighed for at fravælge det lokale sygehus. Det frie valg giver dermed sygehusene et incitament til løbende at forbedre deres service - til at skabe de bedst mulige behandlingsforløb” (Sundhedsministeriet 1997: Kap 7:5).

Og:

”Det frie valg er en succes i det omfang, så mange som muligt kender og inddrager valgmulighederne i valget af behandlingssted. Målet er med andre ord ikke, at flest muligt fravælger det lokale sygehus. Det er imidlertid kommissionens vurdering, at antallet af fritvalgspatienter langt fra er på et niveau, hvor det nuværende styrings- og finansieringsarrangement kommer under pres. Kommissionen har derfor overvejet, hvorledes det frie valg kan styrkes.” (Kap 7 s. 5)

### **Opsummering**

Med sygehuskommissionens betænkning synes en krise-stemning for første gang udtalt. Udgangspunktet for betænkningen er således kritikken af sygehusene samt de problemer, sygehusene står overfor. Og selvom kommissionen, som de andre udvalg før den, ikke ønsker at afskaffe rammestyningen men at videreudvikle den, så er kritikken af det nuværende system (i hvert fald i retorikken) hårdere end det er set før. Kommissionen foreslår indføringen af resultatpuljer, resultatløn, DRG, videreføring af kontraktstyring mellem amter og sygehuse og i det hele tage større adskillelse mellem køber og sælger. Desuden anbefales det at indføre forsøg, hvor rammestyling suppleres med aktivitetsafhængige bevillinger.

En strukturændring diskuteres også, herunder færre amter, tre regioner eller statslig overtagelse af sygehusvæsenet. Det konkluderes imidlertid, at en grundlæggende reform ikke er nødvendig for at løse sygehusvæsenets problemer. Andre mindre strukturændringer foreslås dog såsom reduktion af antallet af sygehuse, antallet af skadestuer mm.

Kvalitet sættes fra begyndelsen på dagsordenen som en tværgående målsætning for sundhedsvæsenet. Kvalitet betegnes i udgangspunktet som noget, der er svært at måle, men netop derfor bør arbejdet med at kvantificere og dokumentere kvalitet opgraderes. Kvaliteten som noget målbart, og den mulighed for at måle også sygehusenes effektivitet, som synes at følge, har på mange måder overhalet 1980'ernes produktivitetdiskussioner indenom.

Patienten har en fremtrædende plads. Patienten optræder først og fremmest i forbindelse med diskussionen af 'det gode patientforløb', som her fremstilles som en samlebetegnelse for både kvalitet, ventetid, samordning, information og omkostningseffektivitet. Patientforløbene synes på den måde sat i centrum for sygehusenes organisering, og de bruges endda som begrundelse for fx ændringer af ledelsesstrukturen. I forbindelse med diskussionen af patientforløb nævnes desuden visionen om 'det patientfokuserede sygehus', hvori der ligger en række visioner om at personalet skal komme til patienten frem for omvendt, at patienten skal behandles af en fast gruppe af professionelle, at behandlingen foregår uden ventetid osv.

Patientinformation fylder også en del i rapporten. Information artikuleres som et redskab til at forventningsafstemme samt at skabe tryghed for patienten. Desuden handler information om at gøre patienten så aktiv og medvirkende som muligt. Herudover er det i forhold til nye tiltag på fx frit valg og ventetidsområdet nødvendigt, at patienten er så godt informeret som muligt. Interessant er det imidlertid, at patientinformation primært artikuleres som et styringsredskab og først derefter som en patientrettighed. Det samme gør sig gældende i forhold til ventetid og frit valg af sygehus. Begge ordninger beskrives først og fremmest ud fra formålet at skabe konkurrence, incitamentsstrukturer og effektivitetsforbedringer.

### **Sundhedspolitisk redegørelse (2000)**

I 1999 udgiver regeringen et oplæg til strategi for sygehuspolitikken (Sundhedsministeriet 1999). Her bekendtgøres det, at der i de følgende år skal udgives sundhedspolitiske redegørelser, som skal gøre status over den aktuelle sundhedspolitik. Nærværende er den første i en række af tre årlige redegørelser. Den første redegørelse har som sin opgave at fokusere på baggrund, rammer og retning i særligt sygehuspolitikken, mens de efterfølgende redegørelser vil fokusere mere konkret på målopfyldelsen. Det er derfor kun den første lidt bredere sundhedspolitiske redegørelse, som gennemgås i nærværende arbejdsrapport.

I starten af redegørelsen beskrives det, at sundhedsvæsenet ikke står over for afgørende reformer, men en række store udfordringer. Selvom sundhedsvæsenet siden i 1990'erne har fået et løft, er der stadig "en række nye krav og forventninger at leve op til" (Sundhedsministeriet 2000).

Rapporten har primært fokus på sygehuspolitikken, men nævner også forebyggelse i form af folkesundhedsprogrammet fra 1999 samt psykiatraftalen fra 2000. For sygehuspolitikken nævnes målene: høj kvalitet, korte ventetider, høj brugertilfredshed, bedre information og effektiv ressourceudnyttelse<sup>20</sup>. Disse mål skal bl.a. indfries via økonomaftalen for 2000-2002

---

<sup>20</sup> Det ses her, at kvalitet igen defineres mere snævert og som noget andet end fx brugertilfredshed. Der er tale om et fornyet fokus på den *faglige* kvalitet.

(Amtsrådsforeningen 1999)<sup>21</sup>, som indeholder aftaler om funktionsbærende enheder, kvalitet, ventetider, behandlingsgaranti samt aktivitetsafhængige bevillinger. Desuden findes der aftaler om de mere 'bløde sider af patienternes kontakt med behandlingssystemet' (Sundhedsministeriet 2000:16), hvorved der bl.a. henvises til patientinformation og -kommunikation.

"Det er helt nødvendigt fremover at lægge større vægt på at sikre, at disse mere bløde områder "uden om" selve behandlingen er i orden, så systemet – også når det angår information, kommunikation og sammenhængende forløb – kan møde brugernes forventninger" (Sundhedsministeriet 2000:18).

Konkrete aftaler på de 'bløde områder' omhandler bl.a. tilknytning af sundhedsfaglige kontaktpersoner, hurtige behandlings- og plejeplaner mm. Desuden er der stort fokus på kræft- og hjerteområderne som særlige indsatsområder.

På styrings- og ledelsesområdet konkluderes det, "at rammestyring bevares som bærende princip i den økonomiske styring, men at rammestyningen bør suppleres med økonomiske incitamenter med det sigte at øge produktionen" (Sundhedsministeriet 2000:57). Denne supplerelse består i, at rammestyring fra og med 2000 suppleres med aktivitetsafhængige bevillinger efter 90/10 modellen, hvor 90 pct. bevares som rammebevilling og 10 pct. gøres aktivitetsafhængig (Sundhedsministeriet 2000:17). Desuden skal der arbejdes for en entydig placering af ledelsesansvaret, og udviklingen af DRG-systemet skal fortsættes.

Redegørelsen indeholder desuden et kapitel om informationsteknologi. "Kravene om kvalitets- og serviceforbedringer og mere effektiv ressourceanvendelse i sygehusvæsenet kræver, at der for alvor tages fat på anvendelsen af moderne informationsteknologi" (Sundhedsministeriet 2000:69). Her nævnes National strategi for IT i sygehusvæsenet 2000-2002, nationalt standardiseringsforum for EPJ, national strategigruppe for IT samt videreudvikling af Sundhedsdatanettet/MedCom-projektet. Der er således tale om en række centralt organiserede projekter indenfor teknologiområdet.

### *Kvalitet*

Kvalitet er højt på dagsordenen i redegørelsen, og der er tale om styrkelse af såvel den faglige som den organisatoriske kvalitet med et særligt fokus på åbenhed og gennemsigtighed:

"Dels fordi mere vidende patienter allerede nu kræver åbenhed om kvaliteten i sundhedsvæsenets ydelser - og den information kan kun leveres, hvis kvaliteten faktisk er kendt. Dels fordi åbenhed om kvalitet også er den bedste spore for systemet selv, når der

---

<sup>21</sup> For en mere detaljeret gennemgang af økonomiaftalen for 2000-2002 se afsnittet 'Økonomiaftaler for 2000 til 2006' i rapportens kapitel om økonomiaftaler.

skal arbejdes fremadrettet med kvalitetsudvikling og kvalitetssikring.” (Sundhedsministeriet 2000: 17)

Som følgende citat viser, finder der, i arbejde med kvalitetsudvikling, en stigende centralisering sted i form af fx det nationale kvalitetsindikator projekt, landsdækkende tilfredshedsundersøgelser, det Nationale Råd for Kvalitetsudvikling mm. Denne udvikling betegnes som positiv.

”Det er et bærende princip i kvalitetsudviklingsarbejdet i sygehusvæsenet, at det er forankret decentralt. Sådan skal det fortsat være. Men de konkrete mål i økonomiaftalen på kvalitetsområdet afspejler en udvikling, hvor kvalitetsudviklingsarbejdet på sygehusområdet både forankres og fokuseres yderligere. Det er derfor positivt, at der i øjeblikket tages flere landsdækkende initiativer på kvalitetsområdet. Det gælder f.eks. arbejdet med udvikling af kvalitetsindikatorer - det såkaldte nationale indikatorprojekt - og det gælder de landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelser, som fremover vil kunne bidrage til udpegning af særlige problemfelter og indsatsområder. Også nedsættelsen af det Nationale Råd for Kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet vil fremover bidrage til koordinering og fokusering af kvalitetsarbejdet i sundhedsvæsenet.” (Sundhedsministeriet 2000:17)

Som i SØK rapporten må nærhedsprincippet vige for kvaliteten, hvor det er ”regeringens opfattelse, at kvalitetshensynet kommer i første række, men at der selvfølgelig kan være behov for at tage lokale geografiske hensyn” (Sundhedsministeriet 2000:23)

Udfordringerne fremover i forhold til kvalitetsudvikling er især:

”at brugerne får adgang til pålidelig information om ventetid, service og kvalitet, der bl.a. kan anvendes som grundlag for valg af sygehus og at fagfolk og beslutningstagere i sundhedsvæsenet har de nødvendige værktøjer til kvalitetssikring og til løbende at tilpasse systemet til brugernes forventninger” (Sundhedsministeriet 2000:51)

Hovedstadens Sygehusfællesskabs forsøg med akkreditering nævnes.

### **Patienten i *Sundhedspolitisk redegørelse 2000***

I begyndelsen af dokumentet beskrives regeringens ønsker til sundhedsvæsenet således:

”Regeringen ønsker et moderne og brugerorienteret sundhedsvæsen præget af kvalitet, service og effektivitet. Et sundhedsvæsen, der er bedre til at reflektere brugerkrav, som kan yde en høj kvalitet og en god individuel service, og som kan anvende både personalemæssige og økonomiske ressourcer effektivt.” (Sundhedsministeriet 2000:7)

Med et ’brugerorienteret sundhedsvæsen’ refereres der således til et sundhedsvæsen, som kan tilpasse sig til brugernes krav. Den samme tendens kommer til udtryk i nedenstående citat, hvor begrebet ’den nye patient’ introduceres:



”Samtidig vil holdningsændringer i befolkningen i de kommende år lægge pres på sundhedsvæsenet. Brugere efterspørger både flere og bedre ydelser. ”Den nye patient” er stadig mere velorienteret, søger selv oplysninger om behandlingsmuligheder i ind- og udland og stiller stigende krav til indholdet af sundhedsvæsenets ydelser. Det er krav, som lægger et positivt pres på sundhedsvæsenet, som skal modtages konstruktivt, og som skaber nye udfordringer og muligheder i relationen mellem patient og behandler.”  
(Sundhedsministeriet 2000:8)

Det bliver her endnu engang tydeligt, at patientens krav og forventninger til sundhedspolitikken har skiftet karakter i forhold til 1980’erne, hvor de blev opfattet som et problem, der skulle holdes i ave. Nu er der i stedet tale om ’et positivt pres’, som sundhedsvæsenet skal ’modtage konstruktivt’. Det er nemlig disse krav, som kan skabe udvikling og omstilling i sundhedssektoren.

Konkret har redegørelsen desuden stort fokus på brugerundersøgelser, og der igangsættes årlige landsdækkende tilfredshedsundersøgelser med start i 2000. Fokus for undersøgelserne er kommunikation, information, koordination og sammenhæng i forløbet, patienternes vurdering af den faglige kvalitet i behandling og pleje samt kendskab til og brug af det frie sygehusvalg. (Sundhedsministeriet 2000:55). Desuden nævnes en folkehøring om sundhedsvæsenet, hvilket er med til at understrege det store fokus på befolkningens forventninger og krav til sundhedsvæsenet.

For første gang findes der imidlertid en anerkendelse af, at patienten som en krævende bruger af sundhedsydelser ikke er repræsentativ for alle danske patienter. Der er derfor en udfordring at sikre, at de svageste borgere, ’der ikke selv stiller krav’ (Sundhedsministeriet 2000:8), får lige så god behandling og service som ’den nye patient’.

I diskussionen af samordning og patientforløb er det ’patientens oplevelse’ som er i centrum, og patienten opfattes på den måde ikke blot som det objekt samordningen organiseres omkring, men desuden som et subjekt, hvis oplevelse af forløbet er essentielt.

”Patienternes oplevelse af mødet med sundhedsvæsenet afhænger i høj grad af, om de oplever en hensigtsmæssig arbejdsdeling og kommunikation både internt på sygehuset og mellem sygehusvæsenet og de andre dele af sundhedssektoren. Hensigtsmæssig arbejdsdeling og kommunikation medvirker også til effektiv ressourceanvendelse. Kommunikation, sammenhæng og information er vigtige elementer i tilrettelæggelsen af indsatsen for den enkelte patient, dels internt på sygehuset på den enkelte sygehusafdeling, dels i samarbejdet mellem sygehuset og primærsektoren (praktiserende læge, hjemmepleje, sundhedspleje) d.v.s. i hele patientforløbet. Det er forhold, der både vedrører indholdet af selve behandlingen, men som i meget høj grad også omfatter mere ”bløde værdier” omkring selve behandlingen.” (Sundhedsministeriet 2000:45)

### *Brugeroplysning og patientrettigheder*

I en henvisning til regeringsgrundlaget 'Godt på vej' fra 1998 refereres en række målsætninger på sundhedsområdet, som særligt ophandler gennemsigthed og oplysning:

"I regeringsgrundlaget fokuseres på forbedring af sundhedsvæsenets ydelser set fra en brugersynsvinkel bl.a. gennem bedre muligheder for indsigt i ydelserne, større åbenhed og mulighed for sammenligning af ydelserne - også som forudsætning for den enkeltes egne valg." (Sundhedsministeriet 2000:8)

Som det allerede fremgår, artikuleres patienten gennem redegørelsen først og fremmest som bruger/forbruger. Der er fx ikke tale om patientoplysning men 'forbrugeroplysning'.

"Der efterspørges i dag "forbrugeroplysning" om sundhedsvæsenets kvalitet og service. Det er dels udtryk for en generel udvikling i samfundet, hvor brugere og forbrugere bliver kvalitetsmæssigt mere kritiske, og hvor den offentlige sektor generelt stilles over for krav om åbenhed, valgmuligheder og individuel tilpasning. Men det er også en udvikling, som knytter sig til, at der både i dansk og international sammenhæng i de senere år er lagt vægt på at styrke patienternes retsstilling gennem lovbestemmelser, der regulerer patienternes forhold til sundhedsvæsenet. Herhjemme ses det især ved indførelse af behandlingsgarantien, det frie sygehusvalg, udbygningen af reglerne om samtykke og aktindsigt samt etableringen af klagesystemer. Mulighederne for frit læge- og sygehusvalg gør det naturligt at ønske adgang til oplysninger om kvalitet og service, som kan danne grundlag for at vælge. Tilsvarende er oplysninger om kvalitet og behandlingsresultater relevante for både valg af behandlingssted og samtykke til behandling. Men styrkelse af patienternes mulighed for at gøre brug af disse rettigheder forudsætter en kultur, hvor der lægges vægt på service og aktiv medinddragelse af patient og pårørende i behandlingen" (Sundhedsministeriet 2000:8)

Forbrugeroplysning knyttes på den måde til en patientrettighedsdiskussion, fordi benyttelse af rettigheder som fx frit sygehusvalg, behandlingsgaranti mm kræver, at patienterne er oplyste om deres rettigheder samt har adgang til sammenlignelige informationer om fx kvaliteten af og ventetiden på behandlingen på de forskellige sygehuse. Rettighederne bliver således vigtige, fordi de er forudsætning for den incitamentsstyring, som ligger i fx frit valg. I afsnittet "Patienternes valgmuligheder som incitament til mere effektiv drift" behandles frit valg som styringsmiddel: "Det frie sygehusvalg skal ud over at være et tilbud til den enkelte også være med til at skabe incitament til mere effektiv drift i sygehusvæsenet" (Sundhedsministeriet 2000:30). Derfor skal sygehuse kompenseres økonomisk for at modtage fritvalgspatienter. Fra 1. januar 2000 sker afregningen via DRG systemet.

Som det fremgår i nedenstående citat, er dog ikke altid i patienternes interesse at skulle behandles over amtsgrænser.

"Det er regeringens opfattelse, at den bedste service for patienterne er hurtig behandling af en meget høj kvalitet tættest muligt på hjemmet. Det er derfor ikke et mål i sig selv, at

mange skal vælge sygehusbehandling uden for hjemmet, men det skal sikres, at der er et meget udbredt kendskab til muligheden for at vælge. Samtidig skal der fortsat skabes et bedre grundlag for, at det frie valg kan bruges.” (Sundhedsministeriet 2000:29)

Den samme dobbelthed findes i forbindelse med ventetidsmålsætninger. Ud over maksimalt 3 måneders ventetid er en del andre ventetidsmålsætninger igangsat herunder, at der skal gå maks. 8 dage fra henvisning til undersøgelse/behandling, og at 85 pct. skal tilbydes forundersøgelse indenfor 4 uger. Disse tiltag kan ses som både en styrkelse af patienternes rettigheder samt som et styringsinstrument, som skal skabe øget effektivitet i sygehusvæsenet.

### **Opsummering**

Den sundhedspolitiske redegørelse for 2000 er den første i en række, og med henvisning til bl.a. folkesundhedsprogrammet fra 1999, psykiertiaftale fra 2000 samt den udførlige økonomiaftale for 2000 til 2002 vidner redegørelsen om en række statslige initiativer på sundhedsområdet i denne periode. På sygehusområdet omhandler disse initiativer fx funktionsbærende enheder, kvalitet, ventetid, patientinformation samt informationsteknologi.

I spørgsmålet om styring ønskes rammestyringen bevaret som det bærende princip, men den skal kombineres med 10 pct. aktivitetsafhængige bevillinger (90/10 modellen). Hermed markeres et skift i forhold til de tidligere dokumenter (SØK-udvalget og sygehuskommissionen), hvor præstationsbetaling ønskes afprøvet, men kun som forsøg. Det er nu et faktum, at rammestyringen ikke længere er enerådigt i forhold til det danske sundhedsvæsen.

I forhold til kvalitet er der særligt fokus på åbenhed og gennemsigtighed, og patienten som modtager af denne information er kommet helt i centrum for kvalitetsdiskussionen. Desuden er det symptomatisk, at der er tale om centralt organiserede kvalitetsprojekter såsom det nationale kvalitetsindikator projekt og landsdækkende tilfredshedsundersøgelser.

Og det er ikke kun i kvalitetsdiskussioner, at patienten træder helt i front. Patienten, der gennem det meste af dokumentet betegnes som bruger, er udgangspunktet for sundhedsvæsenets organisering. Der er tale om 'et brugerorienteret sundhedsvæsen' hvor 'den nye patient', som er velorienteret og stiller krav til sundhedsvæsenet, lægger et positivt pres på systemet. Patientkrav er gået fra at være problem til at være løsning.

Det store fokus på forbrugeroplysning behandles i dokumentet som en patientrettighed, som igen er en forudsætning for incitamentsstyring. Patienter skal oplyses om deres rettigheder og muligheder, skal have sammenlignelig information om service, ventetider og kvalitet mm, for at de har mulighed for at benytte sig af behandlingsgarantien eller retten til fx frit valg. Samtidig er der et ønske om at patienterne benytter netop disse muligheder, fordi det skaber 'incitamentet til mere effektiv drift'.

## National strategi for kvalitetsudvikling (2002)

Ni år efter den første nationale strategi for kvalitetsudvikling udgives en ny af *Det nationale råd for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet*, som blev etableret i 1999. Rådet vælger (som Sygehuskommissionen) at definere kvalitet efter WHO's kvalitetsmål som høj professionel standard, effektiv ressourceudnyttelse, minimal patientrisiko, høj patienttilfredshed og helhed i patientforløbet.

Rådet beskriver selv nødvendigheden af en ny strategi samt forskellen på dengang og nu således:

”Den udvikling der har fundet sted siden 1993 i retning af større åbenhed, har imidlertid tilført området en yderligere dimension, der også influerer på de grundlæggende principper. Der er i dag en klar forventning om øget information vedrørende sundhedsvæsenets ydelser, herunder et krav om sammenlignelighed mellem sundhedsvæsenets forskellige institutioner og enheder målt i forhold til udvalgte kvalitetsparametre. Det er således ikke længere tilstrækkeligt at arbejde med kvalitetsudvikling som et internt anliggende for sundhedsvæsenet” (Sundhedsstyrelsen 2002:6)

Og senere:

”Formidling af viden er ikke kun et internt fagligt anliggende, og der skal årene i fremover også arbejdes med at øge den generelle information om kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser til patienter og borgere.” (Sundhedsstyrelsen 2002:21)

Selvom vi allerede i 1993 så en opmærksomhed omkring de nye udfordringer i forhold til patientinformationen, som kvaliteten fører med sig, er dette emne nu blevet det primære i kvalitetsdiskussionen.

Rapporten retter en særlig opmærksomhed mod patientsikkerhed, og foreslår forbedringer af systemet til rapportering af fejl og utilsigtede hændelser, fokus på procedurer og sikkerhedsanvisninger samt udarbejdelse af nationale standarder for patientsikkerhed.

”En særlig opmærksomhed skal rettes mod patientsikkerheden. Behovet for en øget opmærksomhed er steget i takt med udviklingen af stærkere virkende medicinske præparater og avanceret teknologisk udstyr kombineret med kravet om øget effektivitet. Denne kombination nødvendiggør en skærpelse af sikkerhedsprocedurer og arbejdsgange samt en effektiv og sikker udveksling af sundhedsfaglige data” (Sundhedsstyrelsen 2002:19-20)

## Patienten i *National strategi for kvalitetsudvikling 2002*

Ud fra et kvalitetsperspektiv er patienten synlig i organiseringen af sundhedsvæsenet på alle niveauer. Her beskrevet ved ønsket om at fremme ’patientperspektivet’:

”Med henblik på at fremme patientperspektivet i kvalitetsarbejdet skal der indenfor strategiperioden etableres bedre muligheder og rammer for patienternes og de pårørendes aktive medvirken og indflydelse. Indflydelsen skal ske på alle niveauer, det vil sige både i forhold til det enkelte individuelle patientforløb, i arbejdet med tilrettelæggelsen af pleje- og behandlingsforløb for grupper af patienter og i forhold til den mere generelle planlægning af sundhedsvæsenet” (Sundhedsstyrelsen 2002:18).

Andre steder beskrives patienten som samarbejdspartner og sættes ’i fokus i enhedens aktiviteter’:

”En anerkendelse af patienten og de pårørende som værende vigtige samarbejdspartnere” (Sundhedsstyrelsen 2002:9)

”En behandlings-, pleje- og omsorgsideologi, hvor patient og pårørende er i fokus i enhedens aktiviteter” (Sundhedsstyrelsen 2002:9)

Også i patientforløbet er det patienten og dennes oplevelser og vurdering, som er i centrum. Det er da sundhedsvæsenets opgave ’at opsamle og tage ved lære af patientens og de pårørendes vurderinger’:

”Patienten og de pårørende har deres egen oplevelse af forløbet [patientforløbet]. De vurderer henvisningsprocedurer, hvordan pleje- og behandlingsteamet fungerer, om arbejdstilrettelæggelsen virker hensigtsmæssig, om der er en fornuftig kontinuitet og samordning af undersøgelse, behandling og pleje, og om der gives relevant og tilstrækkelig information undervejs i forløbet. De medmenneskelige relationer, kvaliteten af omsorgen i behandlingen og plejen, personalets inddragelse af patienten og de pårørende, den interne kommunikation – vil blive opfanget, registreret og vurderet af patienten. Patienten og de pårørende vurderer ligeledes den anvendte teknologi og resultaterne af behandlingen, om indsatsen bidrog til at løse eller mindske hans/hendes sundhedsproblem og/eller om den samlede indsats virkede fremmende i forhold til opretholdelse af funktionsevne og livskvalitet. Både som et led i det konkrete patientforløb og som et led i den generelle kvalitetsudvikling er det derfor vigtigt at opsamle og tage ved lære af patientens og de pårørendes vurderinger, og der findes flere modeller for og erfaringer med, hvordan og hvornår i processen dette kan ske mest hensigtsmæssigt” (Sundhedsstyrelsen 2002:6)

For at skabe bedre muligheder for patientinvolvering bør der udvikles bedre metoder til fx at ’nuancere vurderingerne’:

”Patienttilfredshedsundersøgelser er indenfor de senere år i stigende grad taget i anvendelse. Den mest almindelige form er spørgeskemaundersøgelser, men også andre metoder, der muliggør mere nuancerede vurderinger, er under udvikling” (Sundhedsstyrelsen 2002:13)

”Ved udvikling af nye modeller og metoder vil det fremover være muligt at opfange nye aspekter vedrørende patienternes vurdering af sundhedsvæsenets indsats.”  
(Sundhedsstyrelsen 2002:19)

Herudover skal patientinformation og kommunikation øges, bl.a. bør patienterne fremover modtage skriftlig vejledning/materiale om undersøgelse, behandling, efterbehandling og kontrol.

”Den øgede formaliserede og skriftlige information skal ses som et supplement til den løbende dialog mellem sundhedspersonalet, patienten og de pårørende. Sigtet er at fremme patienternes og de pårørendes mulighed for aktiv deltagelse i behandling, pleje og rehabilitering samt at give bedre mulighed og forudsætninger for en mere ligeværdig dialog mellem patient og behandler”. (Sundhedsstyrelsen 2002:19)

Bemærk her idealet om en ’mere ligeværdig dialog mellem patient og behandler’.

### **Opsummering**

Den nye nationale strategi for kvalitetsudvikling adskiller sig ikke i argumentet væsentligt fra den strategi, som blev fremlagt ni år tidligere. Dog er der kommet et større fokus på patientinformation om kvalitet, og det står endnu mere klart, at patienten er kommet i centrum for sundhedsvæsenets organisering. Patienten beskrives i den forbindelse som samarbejdspartner, og det er sundhedsvæsenets opgave at ’opsamle og tage ved lære af patientens vurderinger’. I den forbindelse ytres ønske om at udvikle bedre metoder til at opsamle og nuancere vurderingerne. Desuden er idealet for patientkommunikation blevet en mere ’ligeværdig dialog mellem patient og behandler’.

### **Strukturkommissionen (2004)**

I 2002 bliver strukturkommissionen<sup>22</sup> nedsat med det formål at tilvejebringe en analyse;

”der kan udgøre et beslutningsgrundlag for ændringer i rammerne for løsningen af den offentlige sektors opgaver. Kommissionen skal vurdere fordele og ulemper ved alternative modeller for indretninger af den offentlige sektor og på denne baggrund komme med anbefalinger til ændringer, som er holdbare over en længere årrække.” (Indenrigs- og sundhedsministeriet 2004a:6)

Det skal således bemærkes, at det konkret er kommissionens opgave at komme med forslag til strukturændring.

---

<sup>22</sup> Strukturkommissionen består af repræsentanter for de relevante ministerier, Frederiksbergs- og Københavns kommune, KL og Amdtsrådsforeningen samt tre medlemmer med særlige kompetencer indenfor de emner, som skal behandles. Kommissionens formand er administrerende direktør Johannes Due.

Kommissionen identificerer i sit arbejde en række svagheder i strukturen, som knytter sig til, at amter og kommuner er uhensigtsmæssigt små. Det betyder bl.a., at servicen fordyres, og at der ikke sikres tilstrækkelig bredde i borgernes valgmuligheder. I sundhedssektorsammenhæng er ”de fleste af de nuværende amter for små til at sikre optimal planlægning på sygehusområdet” (Indenrigs- og sundhedsministeriet (2004a):14). Desuden er der på flere områder problemer i forhold til ansvarsfordelingen, hvilket betyder, at det er svært at sikre en sammenhængende og koordineret indsats. Til sidst finder kommissionen, at strukturen ikke er tilstrækkelig sikret i forhold til fremtidens udfordringer:

”Endvidere vurderes det, at de stadig større krav til indholdet af de offentlige serviceydelser, indførelse af lovfæstede krav til serviceniveauet, og mulighederne for at sikre borgerne bredde i valgmulighederne på de kommunale serviceområder vil være udfordringer, som især de mindre kommuner vil have vanskeligt ved at imødekomme.” (Indenrigs- og sundhedsministeriet 2004a:16)

Derfor er en reform nødvendig. Kommissionen anbefaler, at der gennemføres en samlet reform, som indebærer, at forvaltningsenhedernes størrelse øges væsentligt. Kommissionen opstiller en række alternative modeller for en sådan ændret struktur, men lader det endelige valg være politisk.

### *Sundhedssektoren*

I strukturkommissionens betænkning bind III om de forskellige sektorer findes et kapitel om sundhedssektoren. Det konkluderes, at der over de seneste år har været en stigende statslig styring af sundhedssektoren.

”Over de seneste ti år har der været en øget grad af central regulering via økonomiaftaler, finanslovaftaler mv., herunder initiativer som frit sygehusvalg, nationale målsætninger for kvalitet og service mv.” (Indenrigs- og sundhedsministeriet 2004c:1)

Den øgede centralisering skyldes, at der fulgte målsætninger og krav med til sundhedsvæsenets øgede økonomiske rammer i 1990’erne fx i forhold til fx kapacitetsudvidelser, ventetidsmålsætninger og det frie samt det nye udvidede frie sygehusvalg, hvor patienter har ret til behandling på privat sygehus eller i udlandet efter to måneders ventetid. Desuden har der over den seneste årrække været en række fælles amtslige og statslige tiltag såsom udviklingen af et dansk DRG system, aftale om en fælles kvalitetsmodel, aftale om en fælles struktur for EPJ, aftaler om takststyring af sygehusene mm.

Alligevel fremhæves det som den nuværende sygehusstrukture styrke, at amterne har såvel det politiske, økonomiske og driftsmæssige ansvar. Dog konkluderes det, at opsplittningen af myndighedsområdet mellem amter og kommuner kan gøre det uklart, hvem der har ansvaret. Desuden konkluderes det, at et manglende sammenfald mellem beslutningskompetence og finansieringsansvar (mellem amter og kommuner) kan føre til kassetænkning og opgaveglidning (Indenrigs- og sundhedsministeriet 2004c:2-3).

## *Kvalitet*

Kvalitetssikring og kvalitetsudvikling defineres som en af de væsentligste driftsopgaver på det sundhedspolitiske område. Der er desuden tale om udviklingen af en kvalitetsmodel samt om rutinemæssig kvalitetskontrol og akkreditering.

”Kvalitetssikring og kvalitetsudvikling varetages af institutionerne i samarbejde med myndighederne. Der skal udvikles en kvalitetsmodel, der på sigt skal omfatte det samlede patientforløb. Modellen skal blandt andet omfatte sammenlignelige kvalitetsindikatorer. Den rutinemæssige kvalitetskontrol vil være en driftsopgave, som f.eks. kan foretages i samarbejde med en internationalt anerkendt akkrediteringsorganisation” (Indenrigs- og sundhedsministeriet 2004c:7)

Herudover er der fokus på, at kravene til dokumentation af kvalitet i fremtiden vil stige:

”Der vil fremover være stigende krav til dokumentation af aktiviteten og kvaliteten i sundhedsvæsenet såvel på centralt som decentralt myndighedsniveau, herunder til at kunne implementere ensartede standarder for it, kommunikation og kvalitet i sundhedsvæsenet”. (Indenrigs- og sundhedsministeriet 2004c:2)

I en beskrivelse af fremtidens udfordringer på sundhedsområdet næves således fx

”stigende krav til at dokumentere kvalitet og aktivitet i sundhedsvæsenet såvel centralt som decentralt; krav til større ensartethed i kvaliteten, men mere individualiseret service; bedre mulighed for at benchmarke og sammenligne sundhedsvæsenets ydelser; krav til mere effektiv og standardiseret kommunikation, f.eks. implementering af elektroniske patientjournaler”. (Indenrigs- og sundhedsministeriet 2004c:40)

Der henvises desuden til oprettelse af patientkontorer, som kan skabe bedre muligheder for at klage.

”Patientinformation: Fra 1. november 2003 skal amter, Hovedstadens Sygehusfællesskab og Bornholms Regionskommune oprette patientkontorer. Formålet er at skabe en mere enkel og overskuelig adgang til klage- og erstatningssystemet.” (Indenrigs- og sundhedsministeriet 2004c:6)

## **Borgeren i strukturkommissionens betænkning**

I betænkningens generelle afsnit er der stort fokus på befolkningen – både som borgere og som forbrugere. Allerede i statsministerens åbningstale i 2002, hvor nedsættelsen af kommissionen varsles, giver statsministeren udtryk for, at ’kommissionen skal tage sit udgangspunkt i borgerne’ (Indenrigs- og sundhedsministeriet 2004a:5). Desuden er kommissionens mål, at:

”Borgerne skal have kvalitet for pengene og mulighed for valg mellem forskellige alternativer. Indretningen af den offentlige sektor skal sikre, at opgaverne løses



tæt på borgerne og på baggrund af en dialog mellem borgere og politikere”(Indenrigs- og sundhedsministeriet 2004a:5)

Strukturkommissionens arbejde bærer præg af, at strukturreformens nødvendighed i særlig grad begrundes i borgeren. I kommissionens kommissorium fremhæves det, at en reform kan være nødvendig, bl.a. fordi befolkningens ønsker til indholdet af den offentlige service har ændret sig (Indenrigs- og sundhedsministeriet 2004a:5). Desuden er det borgernes krav på en service, som ikke er for dyr samt borgerens krav på vidde i valgmulighederne, som begrundes, at størrelsen på kommuner og amter bør forøges. Borgeren, som et individ med krav på service, valgmuligheder, dialog med politikere osv., er således central i betænkningen.

Herudover er mange af de kriterier, som den offentlige sektor ifølge kommissoriet skal bedømmes ud fra, formuleret i forhold til borgeren. Kommissionen inddeler i den forbindelse tilgangen til borgeren i henholdsvis 1) Borgernes indflydelse på de politiske processer og den demokratiske kontrol. Denne gruppe vedrører kriterierne: dialogen mellem borgere og politikere, nærhed til borgerne, demokratisk bæredygtighed og kontrol og klarhed i ansvarsfordelingen. Samt 2) Borgernes stilling som bruger af forskellige ydelser og institutioner. Denne gruppe vedrører kriterierne fysisk nærhed, borgernes retssikkerhed og valgmuligheder, borgerinddragelse og enkelhed.

I begge definitioner af borgeren har vi at gøre med en ansvarliggjort og aktiv borger:

”Udgangspunktet er den deltagelsesbaserede demokratiopfattelse, der ser borgernes aktive involvering i de politiske processer på alle niveauer som et demokratisk ideal.” (Indenrigs- og sundhedsministeriet 2004a:76-77) Men hvor den første definition fokuserer på borgerens politiske indflydelse – og dermed på en mere klassisk forståelse af borgerens aktive deltagelse i samfundet, så fokuserer den anden definition af borgeren mere på andre typer af brugerinddragelse.

”Formel og uformel borgerinddragelse i bredere forstand angår inddragelsen af borgerne i de politiske beslutnings- og/eller implementeringsprocesser. Da fokus her er på inddragelsen af borgerne i deres egenskab af brugere, er inddragelsen dog primært rettet mod den konkrete tilrettelæggelse af de enkelte ydelser, servicetilbud mv. Borgerinddragelsen kan være formaliseret i lovgivning eller regelsæt i øvrigt eller have en uformel og/eller ad hoc-baseret karakter (...) Borgerinddragelse kan ske på mange forskellige måder, der spænder fra inddragelse på individniveau – konkret f.eks. knyttet til samtykkereglerne på forskellige områder – til inddragelse af grupper af brugere – konkret f.eks. i form af brugerpaneler, brugerbestyrelser mv. Med inddragelse af brugerne gives brugerne indflydelse på ydelsernes konkrete udformning mv., så ydelserne bedst muligt matcher brugernes præferencer. I den forstand kan inddragelse ses som et element i at skabe nærhed til borgerne.” (Indenrigs- og sundhedsministeriet 2004b:133)

Desuden har betænkningen stort fokus på borgerservice og borgerbetjening, og et af kommissionens forslag lyder fx, at der skal oprettes servicecentre i kommunerne (Indenrigs- og sundhedsministeriet 2004a:31)

### **Patienten i strukturkommissionens betænkning**

I sektorkapitlet om sundhedsvæsenet findes et afsnit med overskriften ”Borgerkontakt, brugerinddragelse og borgernes valgmuligheder”, hvor patienterne behandles i deres rolle som aktive brugere af sundhedssektoren. Forskellige former for brugerinddragelse nævnes: Patienter og pårørendes stillingtagen til behandling, patientforeninger, ad hoc-foreninger, brugerråd på sygehuse, tilfredshedsundersøgelser og frit valg.

”Brugerinddragelsen i sundhedssektoren sker primært i forbindelse med den enkelte patients og pårørendes involvering i behandlingsforløbet, samt via det frie valg. (...) Borgernes indflydelse sker primært via de kommunalpolitiske valg, mens de kun i begrænset omfang inddrages i spørgsmål om den overordnede planlægning eller planlægningen på institutionsniveau via f.eks. bestyrelser og lignende. Brugere/borgerne søger dog også indflydelse gennem blandt andet patientforeninger, der har til opgave at fremme et specifikt behandlingsområde samt ad hoc-foreninger, som dannes til aktuelle formål, herunder i forbindelse med større omstruktureringer, sygehuslukninger mv. Hertil kommer en stigende anvendelse af bruger- og borgertilfredshedsundersøgelser. Endelig har brugerne mulighed for at give deres præferencer til kende via det frie valg af sygehus og praktiserende læger og andre praktiserende sundhedspersoner” (Indenrigs- og sundhedsministeriet 2004c:17)

Som det fremgår af det ovenstående citat, ses patienternes væsentligste mulighed for indflydelse stadig at være de klassiske politiske indflydelseskilder såsom kommunalvalg, men andre indflydelsesformer bliver i stigende grad udbedte.

### *Valgfrihed og valgmuligheder*

Valgmuligheder har en overordentlig stor plads i betænkningen og fungerer flere gange som argument for strukturændringer; ”som kriterium ved vurdering af forskellige indretninger af den offentlige sektor er spørgsmålet, hvorvidt mulighederne for at give borgerne valgmuligheder understøttes eller ej” (Indenrigs- og sundhedsministeriet 2004b:133-137). Og andetsteds:

”større kommuner har bedre vilkår end de mindre kommuner for at tilbyde brugere bredde i valgmuligheder i forhold til den offentlige service, ligesom de gennemgående har længere åbningstid for personlig henvendelse og telefonbetjening” (Indenrigs- og sundhedsministeriet 2004a:91).

Andetsteds formuleres valgfrihed som et grundvilkår:

”Det forventes, at en højere grad af valgfrihed er et grundvilkår og en udfordring, som alle offentlige myndigheder også i fremtiden skal forholde sig til” (Indenrigs- og sundhedsministeriet 2004a:79-80).

Specifikt i forhold til valgmuligheder på sundhedsområdet nævnes såvel frit valg af læge, det frie valg af sygehuse samt det udvidede frie sygehusvalg, hvor patienterne har ret til at vælge et privathospital eller behandling i udlandet såfremt ventetiden overstiger to måneder. Andelen, der benytter det frie sygehusvalg samt andelen, der benytter privathospitaler grundet det udvidede frie sygehusvalg, er stigende. Dette skyldes flere ting, bl.a. bedre information, kvalitetsindikatorer samt digitalisering:

”Informationsgrundlaget har indflydelse på valg af behandlingssted, og grundlaget for at vælge vil blive styrket med offentliggørelse af indikatorer for kvaliteten mv. Den øgede digitalisering muliggør endvidere større gennemsigtighed og giver dermed den enkelte borger bedre mulighed for at kunne sammenligne servicetilbud og kvalitet” (Indenrigs- og sundhedsministeriet 2004c:19)

Etableringen af valgmuligheder italesættes i højere grad som en borgerret/patientret i strukturkommissionens betænkning (som udkommer under borgerlig regering) sammenlignet med henholdsvis SØK-udvalget og sygehuskommissionen (som begge udkommer under socialdemokratisk regering), hvor valgfrihed næsten udelukkende artikuleres som et styringsmiddel.

”Valgmulighed er grundlæggende et instrument til at give borgerne de bedst mulige vilkår for selv at træffe beslutning om, hvor de individuelle præferencer bedst bliver opfyldt” (Indenrigs- og sundhedsministeriet 2004b:133-137).

Dog behandles valgfriheden også i styringssammenhæng, både i forhold til styringsfordele og -ulemper.

”En af de styringsmæssige udfordringer ved en øget valgfrihed er, at valgmuligheder udfordrer politikernes muligheder for at styre kapaciteten på de omfattede serviceområder. På den anden side indebærer valgfrihed en øget fleksibilitet i kapacitetsudnyttelsen i kraft af muligheden for at bruge andre kommuners/amters tilbud samt private leverandører” (Indenrigs- og sundhedsministeriet 2004a:79-80)

Også specifikt i forhold til frit valg på sundhedsområdet:

”Fritvalgsordningen har svækket amternes muligheder for at fastlægge eget udgifts- og serviceniveau på sygehusområdet, idet bopælsamtet er forpligtet til fuldt ud at finansiere behandling i et andet amt. De enkelte amter koordinerer derfor i stigende grad indførelsen af nye behandlingsmetoder mv. for blandt andet at undgå en konkurrencespiral på behandlingstilbud” (Indenrigs- og sundhedsministeriet 2004c:19)

”Det udvidede frie valg har samtidig øget presset på de offentlige sygehuse til at tilbyde behandling inden for to måneder. Initiativerne kan blandt andet ses som et udtryk for, at det ikke hidtil var lykkedes at reducere ventetiderne i sygehusvæsenet på trods af en løbende udvidelse af behandlingsaktiviteten.” (Indenrigs- og sundhedsministeriet 2004c:12)

## Opsummering

Strukturkommissionen nedsættes med det formål at komme med forslag til strukturændringer i indretningen af den offentlige sektor. Kommissionen konkluderer, at amter og kommuner er uhensigtsmæssig små, hvilket bl.a. betyder, at servicen fordyres og valgmulighederne indskrænkes, hvorfor en reform er nødvendig.

I kommissionens behandling af sundhedssektoren konkluderes det, at der de seneste år er sket en stigende centralisering samt opsplitningen af myndighedsområdet mellem amter og kommuner ofte resulterer i en uklar ansvarsfordeling. Kvalitet og kvalitetssikring har en fremtrædende plads og defineres som en af de væsentligste driftsopgaver på det sundhedspolitiske område. Kravet til dokumentation af kvalitet forventes at blive endnu større i fremtiden.

Borgeren fylder generelt meget i strukturkommissionens betænkning, og reformens nødvendighed begrundes først og fremmest i borgeren; borgerne skal have kvalitet for pengene, valgmuligheder, mulighed for involvering, indflydelse og dialog mm. Borgeren behandles både i en mere klassisk rolle som borger med indflydelse på politiske processer og demokratisk kontrol (først og fremmest via stemmeretten) og desuden i sin rolle som bruger af forskellige ydelser. I brugerrollen er der fokus på brugernes inddragelse i fx den konkrete tilrettelæggelse af ydelserne – og der er dermed tale om anderledes former for borgerinddragelse end de klassiske politiske deltagelsesformer. På samme måde beskrives patienten som aktiv bruger af sundhedsvæsenet bl.a. i forbindelse med patientforeninger, brugerråd, tilfredshedsundersøgelser og frit valg.

Frit valg beskrives som et grundvilkår, der vil blive mere og mere udbredt i fremtiden. Og der identificeres både styringsmæssige fordele og ulemper ved frit valg.

## Økonomiaftaler

De årlige økonomiaftaler mellem amterne, repræsenteret ved amtsrådsforeningen, og staten repræsenteret ved henholdsvis indenrigsministeriet (indtil starten af 1990'erne) og finansministeriet (frem til i dag) indeholder henstillinger og anbefalinger til amterne og har primært til formål at fastsætte amternes økonomiske rammer, herunder fx størrelse på bloktilskud og skatteniveau (Salomonsen 2005:8). Aftalerne er ikke juridisk bindende for amterne, men eftersom der kun findes få retslige reguleringer på området (fx i forbindelse med frit valg), kan økonomiforhandlingerne betragtes som et af de vigtigste fora for regulering af sundhedssektoren.

Den første økonomiaftale er fra 1979 og omhandler 1980. Indtil midten af 1990'erne er aftalerne forholdsvis kortfattede og berører næsten udelukkende amternes økonomiske rammer. Siden da har aftalerne udviklet sig fra et snævert fokus på økonomisk styring til også at introducere policy-initiativer, som retter sig mere mod den indholdsmæssige side af sundhedssektoren såsom kvalitet, organisering, prioritering mm. På den måde kan aftalerne ses som et udtryk for de statslige styringsambitioner på sundhedsområdet (Salomonsen 2005).

I den nærværende gennemgang af økonomiaftalerne er hovedformålet at undersøge, hvornår og hvordan patienten optræder i dokumenterne. Økonomiforhandlingerne kan, som et vigtigt forum for regulering af sundhedssektoren, bidrage til at bedømme, hvorvidt og hvornår de forestillinger om patienten, som er kommet til udtryk i den tidligere dokumentgennemgang, bliver institutionaliseret, dvs. hvorvidt forestillingerne er blevet sedimenteret i en sådan grad, at de 1) findes i aftalerne som diskursivt udtryk og 2) findes mere indirekte i aftalerne i form af de policy-initiativer, som forhandles. Økonomiaftalerne egner sig særligt til at vurdere den sidstnævnte institutionaliseringsform. Vurderingen af institutionaliseringsgraden ud fra økonomiaftalerne er på ingen måde udtømmende, idet man kan forestille sig, at institutionaliseringen finder sted på andre niveauer også. Fx kan man se på lovgivning, eller man kan forestille sig, at der har fundet en decentral institutionalisering sted, som er uafhængig af lovgivning og aftaler mellem stat og amter. Alligevel synes gennemgangen af økonomiaftalerne at kunne pege på nogle tendenser.

Nedenfor følger en gennemgang af de sundhedspolitiske dele af økonomiaftalerne fra den første aftale for 1980 til og med aftalen for 2006, som er den sidste aftale inden kommunalreformen. Gennemgangen er delt op i tre afsnit; aftaler for 1980-1993, 1994 til 1999 samt 2000 til 2006. Denne opdeling er baseret på brud eller skift i patientopfattelsen.

### Økonomiaftaler for 1980 til 1993

I aftalerne om 1980 til 1993 er der, ud over ganske få indholdsmæssige initiativer, primært tale om regulering af amternes økonomiske råderum og fokuset er i høj grad på udgiftsstyring og -kontrol.

I de tidlige aftaler er der tale om fælleserklæringer og cirkulæreskrivelser, hvor den kommunale og amtslige økonomi behandles under et. I den første *aftale for 1980* erklæres et ønske om at begrænse væksten i det offentliges udgifter. Det bemærkes, at der har været en meget kraftig vækst i aktiviteten de foregående år, og ”regeringen finder det ikke forsvarligt, at denne vækst fortsætter i 1980 og følgende år” (Indenrigsministeriet 1989:1). På det amtslige område er målet, at udgiftsstigningen holdes under 1,5 pct.

Det samme mål gør sig gældende i *aftalen for 1981* (Indenrigsministeriet 1989:17). Aftalen indeholder desuden korte afsnit om ’udgiftsbegrænsende foranstaltninger’ på bl.a. sygehusområdet og på sundhedsområdet i øvrigt. På sygehusområdet udsendes et idékatalog, og der gennemføres forhandlinger mellem stat og de enkelte kommuner om sygehusplaner- og budgetter. Målet er at bringe stigningstaksten ned under 1 pct. allerede fra 1981. Desuden strammes reglerne for fri befordring. På det øvrige sundhedsområde foreslås nedsættelse af tilskud til tandpleje og øget genudlevering af recepter.

I *aftalen for 1982* skal den samlede udgiftsstigning for kommuner og amtskommuner under et holdes under 1 pct. Desuden skal besparelsesinitiativer fra 1980-aftalen fastholdes, og der skal ske et ”stop for standardglidning på serviceområderne” (Indenrigsministeriet 1989:78) mm.

I *aftalen for 1983* udmelder regeringen nogle temaer for omstilling som et led i at dæmpe udgiftsstigningerne. Et af disse temaer omhandler sundhedsområdet og lyder: ”Alternativer til stationær sygdomsbehandling og bedre udnyttelse af ressourcerne inden for den ambulante behandling” (Indenrigsministeriet 1989:113)

I *aftalen for 1984* er der tale om en reduktion af bloktilskuddet på 3 mia. for kommuner og amter (hvilket svarer til 2 pct. i forhold til udgiftsniveauet i 1983) samt at skattestigninger undgås. Dette sker som ”et led i den tilpasning til en lavere velstandsudvikling, som vil være nødvendig i de kommende år”(Indenrigsministeriet 1989:157).

Med henvisninger til ’regeringens genopretningspolitik’ følger *aftalen for 1985* samt *aftalen for 1986* mønsteret i forhold til en henstilling om nul skattestigninger og nul vækst i udgifterne.

I *aftalen for 1987* er der enighed om, at udgifterne ikke må overstige regnskaberne for de to foregående år. Desuden er aftalen interessant, fordi det er her ventetider nævnes første gang. Under punktet ’reduktion af ventetider på sygehusene’ formuleres følgende: ”Regeringen og

Amtsrådsforeningen er enige om, at der indenfor rammerne af den aftalte henstilling vil være muligt at reducere ventelisterne på sygehusene væsentligt." (Indenrigsministeriet 1986)<sup>23</sup>

I *aftalen for 1988* fortsættes dette fokus på ventelister, og der afsættes en pulje på 600 mio. til lån for amterne hvoraf 300 mio. er betinget af, "at beløbet efter amtskommunens vurdering anvendes til nedbringelse af ventelister" (Indenrigsministeriet 1987:149).

I *aftalen om 1990* skal der på de fleste overenskomstområder gennemføres 'udgiftsdæmpende foranstaltninger' (Indenrigsministeriet 1989:1). Desuden skal der ske en vurdering af personaleforbruget:

"Der er enighed om, at det som følge af de meget snævre økonomiske rammer også i 1990 vil være nødvendigt med en kritisk revurdering af udviklingen i personaleforbruget. Regeringens mål er, at personaleforbruget reduceres med 1,5 pct. fra 1989 til 1990" (Indenrigsministeriet 1989:1)

I *aftalen om 1991* henstilles det, at der er tale om 'en meget stram udgiftspolitik'. Dette får følgende konsekvens:

"Regeringen vil derfor på en række områder med støtte af amtsrådsforeningen søge at gennemføre forskellige ændringer i regler og overenskomster, som kan støtte de enkelte amtsråd i overholdelsen af henstillingen" (Indenrigsministeriet 1990:75)

De tiltag som sættes i gang indebærer bl.a. en analyse af udgifterne til medicin, et udvalg til ændring af patientbefordringsreglerne, statistik om lægers træk på sundhedssystemets ydelser mm (Indenrigsministeriet 1990:75)

I 1991 indgås *en fireårsaftale for 1992 til 1994*, som er lidt mere udførlig end de tidligere. Som de tidligere år aftales det at undgå stigninger i amtsskatten, hvilket vil føre til et finansieringsmæssigt underskud, som må føre rationaliseringer med sig:

"Dette indebærer, at amterne fortsat må bestræbe sig på at gennemføre rationaliserings- og effektiviseringsforanstaltninger på samtlige udgiftsområder" (Indenrigsministeriet 1991:82)

Som fortsættelse af aftalen om 1991 aftales det at udarbejde forslag til nedbringelse af udgifter til patientbefordring. Herudover er der enighed om at forhandle om metoder til nedbringelse af antallet af færdige patienter på sygehuse. Det er desuden i fireårsaftalen, at der for første gang

---

<sup>23</sup> I den tidligere dokumentgennemgang optrådte ventetider for første gang i Samordningsudvalgets rapport (1985) i forbindelse med et ønske om at overføre speciallægenes servicemindedhed til ambulatorierne.

optræk til en mere overordnet prioritering på sundhedsområdet, idet det nævnes at regeringen har vedtaget dagsordner om psykiatri og ældrepleje.

*Aftalen for 1993* er grundet fireårsaftalen ”en udmøntning af den aftalte finansieringsgaranti og en nærmere aftale om udgiftsdæmpende initiativer især inden for medicinområdet” (Indenrigsministeriet, 1992: 63). De udgiftsdæmpende initiativer handler bl.a. om en ”fortsættelse af amternes bestræbelser på at øge udbud af amtslige opgaver og en fortsat produktivitetsforbedring” (Indenrigsministeriet, 1992: 64)

### **Patienten i aftalerne for 1988 til 1993**

I økonomiaftalerne for 1980-1993 optræder patienten næsten ikke – hverken som objekt, som begrundelse eller som aktør/subjekt i sundhedspolitikken. Kun indirekte ses tegn på en øget patientorientering via fokus på ventetid tilbage i aftalerne for 1987 og 1988. Dette fokus følges dog ikke op i de følgende aftaler.

Udgiftskontrol er højest på dagsordenen i samtlige af økonomiaftalerne – som i dokumenterne fra 1970'erne og 1980'erne. Imidlertid finder idealet om den samfundsøkonomisk ansvarlige patient, som særlig bliver artikulert i forbindelse med forebyggelse i dokumentgennemgangen, ikke udtryk i økonomiaftalerne fra denne tid.

### **Økonomiaftaler for 1994 til 1999**

I aftalerne for 1994 og frem synes den strenge udgiftspolitik at aftage. Samtidigt med, at der føres flere ressourcer til sundhedssektoren, følger der en øget politisk styring med, og det centrale niveau får indflydelse på stadig flere områder af sundhedspolitikken (Salomonsen 2005). Som det desuden vil fremgå i det følgende, er det særligt sygehusområdet, som er udsat for en større styring.

Den indholdsmæssige styring er koncentreret omkring et fokus på bl.a. hjerteområdet, psykisk syge, øget opmærksomhed på edb og informationsteknologi, udvikling af servicemål, nedbringelse af ventetider samt patientinformation. Der begynder desuden at komme fokus på dokumentation og statistik.

### **Økonomiaftalen for 1994**

Aftalen for 1994 indeholder den nedenstående paragraf som siger, at der har fundet en række centrale tiltag sted, herunder indførelsen af frit sygehusvalg, nedbringelse af ventetider og en ekstra indsats på hjerteområdet, som bevirker at udgiftspreset er vokset. Dette får staten til at afsætte yderligere midler sygehusvæsenet.

”Amtsrådsforeningen har fremført, at der er et udgiftspres indenfor sygehusvæsenet, bl.a. i forbindelse med indførelsen sygehusvalg, forhøjelse af Rigshospitalets takster, forøgelse af operationskapaciteten, gradvis nedbringelse af ventetider og forøgelse af indsatsen på det hjertekirurgiske område. Der er afsat midler til imødekommelse heraf bl.a. ved ophævelsen



af finansieringsgarantien og den særlige låneadgang til udvidelse af operationskapaciteten.”  
(Indenrigsministeriet 1993: 76)

Desuden aftales det, at der skal gøres en særlig indsats for risikogrupper såsom socialt udstødte og psykisk syge. Og regeringen inviterer til forhandlinger om initiativer for sindslidende.

### **Økonomiaftalen for 1995**

I aftalen for 1995 indgås en rammeaftale på sygehusområdet for perioden 1995 til 1998. Aftalen markerer ”en kvantitativ stigning i den indholdsmæssige styring”. (Salomonsen 2005:36). Her aftales bl.a. en forhøjelse af bloktilskuddet med 200 mio. i 1995 til forøgelse af operationskapacitet med 10.000 samt en forstærket indsats på hjerteområdet. Herudover er der enighed om en gradvis tilførsel af ressourcer over de næste fire år. Hvor der før 1993 var tale om ’stram udgiftspolitik’ og ’meget snævre økonomiske rammer’ artikuleres nu en politisk vilje til at skabe et tilstrækkeligt økonomisk råderum til forbedringer. Med nedenstående citat ses ændringen i retorikken omkring udgiftspolitikken.

”Staten garanterer, at der uanset amternes økonomiske stilling i fire-års-perioden vil være økonomisk råderum for udvidelse af sygehusenes kapacitet og forbedring af deres service indenfor de aftalte rammer” (Indenrigsministeriet, 1994:77).

Med aftalen for 1994 samt fireårsaftalen for 1995 til 1998 synes der altså foreløbigt at være sat en stopper for den stramme økonomiske politik.

Ser man nærmere på den fireårige rammeaftalen<sup>24</sup> ses det, at øget aktivitet og årlige servicemål er på dagsordenen:

”Der er mellem parterne enighed om en øget operationsaktivitet på sygehusene, og at der opstilles mål for sygehusenes service, således at ventetiderne kan nedbringes og patientbehandlingen forbedres” (Indenrigsministeriet 1994:81)

Aftalen rummer som hovedfokus sindslidende, patientinformation, landsdækkende information, specialeplanlægning og forskning.

Konkret aftales det,

- at amtsrådene skal fastlægge mål for de enkelte sygehuses service overfor patienterne. De skal bl.a. vedrøre besked om, hvornår undersøgelse og behandling af patienter kan

---

<sup>24</sup> Rammeaftalens fulde indhold er ikke en direkte del af økonomiaftalen, men findes i den samme udgivelse. Udover finansministeriet og amtsrådsforeningen er desuden sundhedsministeriet samt Københavns- og Frederiksbergs kommune medforhandlere af aftalen, som indgås d. 9. juni 1994 – dagen før økonomiaftalen. Rammeaftalen refereres i økonomiaftalen.

påbegyndes, fastsættelse af maksimale tidsfrister, fastsættelse af hvor lang tid der må gå fra henvisning til behandling, ventetider i ambulatorier, skadestuer mm. samt kontakten mellem praktiserende læger, sygehuse og kommuner vedr. udskrivning, pleje, genoptræning mm.

- at fremme landsdækkende information om aktiviteter indenfor sygehusvæsenet. Statistiske oplysninger skal være obligatoriske på landsplan, ambulante undersøgelser og behandlinger skal indberettes til landspatientregistret, ambulante aktiviteter på det psykiatriske område skal registreres, det statistiske grundlag vedr. indsatsen for sindslidende skal forstærkes, og ventidsregistreringen skal gøres ensartet.
- at gennemføre en bredt anlagt vurdering af specialeplanlægningen
- at videreføre indsatsen overfor sindslidende og udstødte. Der tildeles 80 mio. kr. til dette formål.
- at gennemføre en analyse af hvordan udgiftsstigningerne på medicinområdet kommer under kontrol.
- mm.

Der henvises herudover til SØK rapporten: ”Parterne er enige om at drøfte disse forslag nærmere for herefter at forbedre servicen og forstærke den løbende omstilling indenfor sundhedssektoren” (Indenrigsministeriet 1994: 86) Med fokus på service og på omstilling ses et skift i forhold til aftalerne for 1980-1993, som stemmer overens med det brud, der i dokumentgennemgangen blev karakteriseret som et brud mellem et hovedfokus på udgiftskontrol til et hovedfokus på skabelsen af et serviceminded og tilpasningsdygtigt sundhedsvæsen.

### **Økonomiaftalen for 1996**

Aftalen for 1996 bygger videre på fireårsaftalen og indsatsen på hjerte- og psykiatriområdet udvides med godt 100 mio. Det aftales desuden,

- at sundhedsstyrelsens ventetidsregister udbygges
- at der skabes adgang til patientinformation om, hvor der er kortest ventetid på behandling
- at der tilføres øgede ressourcer til behandlingen af psykisk syge, som især skal benyttes til forbedringer på de lukkede afsnit, forsøg med specialafsnit til unge skizofrene psykiatriske udrykningsafsnit mm
- at der udvikles planer for specialplanlægning
- at der udvikles et beslutningsoplæg vedrørende udviklingen af kliniske databaser
- at der udarbejdes et udviklingsprojekt vedr. standarderne for elektroniske patientjournaler
- at der tilføres øgede ressourcer til løft i edb-investeringer

### **Økonomiaftalen for 1997**

Også i aftalen for 1997 er der enighed om, at initiativerne fra fireårsaftalen videreføres. Desuden aftales det,

- at indsatsen på psykiatriområdet forbedres – bl.a. ved at forbedre de fysiske rammer, at lave en handlingsplan for børnepsykiatrien samt at udbygge akutindsatsen. Der er i den forbindelse blevet afsat en satspulje til sindslidende på 350 mio. fra 1996 til 1999.
- at amterne vil overveje oprettelsen af elektive enheder som led i nedbringelse af ventetider
- at der oprettes patientvejlederfunktioner, som skal vejlede patienter om bl.a. ventetider og frit valg
- at MedCom- og EPJ projekterne videreføres og at en udbredelse af kliniske databaser koordineres mellem parterne

### **Økonomiaftalen for 1998**

Aftalen for 1998 starter med ordene: ”Regeringen og amterne har de seneste år haft et fælles ønske om en genopretning af den offentlige service på en række prioriterede områder” (Amtsrådsforeningen 1997:1). På den måde lægger aftalen sig op af de tidligere, hvor hovedfokus er på service. På sundhedsområdet er parterne enige om, at initiativerne fra rammeaftalen 1995-1998 videreføres. Der er desuden enighed om,

- at udbygge forskellige områder, herunder ventetider samt sikring af kvalitet indenfor sundhedsvæsenet<sup>25</sup>
- at fremme forslagene fra sygehuskommissionens betænkning, herunder overvejelser vedrørende den fremtidige sygehusstruktur, arbejdsfordelingen mellem sygehuse og akutbetjeningen samt styrkelse af informationsteknologien, herunder booking og elektroniske patientjournaler
- en fortsat udbygning af tilbuddene til sindslidende, at kapaciteten på hjerteområdet skal udbygges samt at øge indsatsen for patienter med hjerneskade (Amtsrådsforeningen 1997:3)

### **Økonomiaftalen for 1999**

Efter en årrække med stor vækst i amternes udgifter maner regeringen i *økonomiaftalen for 1999* til besindelse; ”I 1999 og de kommende år skal væksten i amternes udgifter bringes ned i forhold til tidligere år, så udbygningen af den offentlige service sker i et væsentligt mere afdæmpet tempo” (Amtsrådsforeningen 1998:1-2). I den forbindelse formuleres det, at ”Parterne er enige om vigtigheden i, at forventningerne til udbygningen af amternes serviceniveau dæmpes” (Amtsrådsforeningen 1998:2). Dette kommer dog ikke umiddelbart til at betyde besparelser på sygehusområdet:

”En af de vigtigste udfordringer for amterne er at forbedre og øge indsatsen på sygehusene inden for en snæver økonomisk ramme. Parterne skal derfor henstille, at prioriteringen i

---

<sup>25</sup> Kvalitet nævnes kort her i aftalen for 1998 samt tidligere i aftalen for 1995, men det er først i aftalen for 2000 at der kvalitet for alvor kommer på banen.

amtsrådene målrettes mod en styrkelse af sygehusvæsenet. Det vil indebære, at det økonomiske råderum på amternes øvrige områder er mindre" (Amtsrådsforeningen 1998:2).

Der er således enighed om at arbejde for en styrket indsats på sygehusområdet. Desuden aftales det at arbejde videre med de fortsatte forbedringer for sindslidende.

Der er enighed om,

- at forbedre servicemålene, fx via en maksimal ventetid på 14 dage fra henvisning til forundersøgelse samt mål for det samlede forhandlingsforløb. Desuden opstiller Sundhedsstyrelsen overgrænser for acceptable ventetider for alvorlige sygdomme, som parterne drøfter, når de kommer
- at opstille retningslinier for opgørelsen af den samlede produktionsudvikling i det somatiske sygehusvæsen
- at arbejde for en entydig placering af ledelsesansvaret
- at tilpasse arbejdsdelingen mellem sygehusene, således at der skabes et tilstrækkeligt stort patientunderlag. I den forbindelse introduceres 'den funktionsbærende enhed'
- at arbejde for at patienter kun indlægges, hvis de har behov for sygehusbehandling. Dette gøres ved at lave visitationsafsnit og ved udbygning af plejetilbud i kommunerne. Der skal desuden arbejdes for at undgå overbelægning i form af senge på gangen
- at arbejde for koordinerede vagtberedskab, hvor lægevagt og skadestue integreres samt at reducere antallet af døgndækkede vagtberedskaber
- at medicintilskuddet målrettes de patienter med stort medicinbehov, og at der skabes bedre kontrolmuligheder med de læger, der ordinerer for meget medicin.
- mm.

### **Patienten i aftalerne for 1994 til 1999**

I aftalerne for 1994 til 1999 er patienten stadig ikke en stor del af aftalerne, men begynder dog at dukke op som et objekt, sundhedssektoren organiseres omkring. Dette kommer til udtryk mere eller mindre indirekte i de initiativer som igangsættes fx i forbindelse med servicemål, patientinformation og ventetider.

I den korte aftale om 1994 optræder patient således indirekte i form af henvisningen til fx nedbringelse af ventetid samt indføring af frit sygehusvalg. I fireårsaftalen om 1995-1998 findes patienten som begrundelse: "Aftalen skaber mulighed for en realvækst på sygehusområdet på ca. 1 pct. til nye initiativer til gavn for patienterne" (Indenrigsministeriet, 1994:77). Desuden er der stort fokus på service samt nedbringelse af ventetider med det formål at forbedre patientbehandlingen. Bevillingen til den forøgede operationskapacitet begrundes med en henvisning til regeringens ventetidsudvalg fra 1993, som konkluderer at 30.000 patienter venter mere end 3 måneder trods aftale om 3 måneders maksimal ventetid.

Desuden er patientinformation kommet på dagsordenen: "Fyldestgørende og præcis information om tilrettelæggelsen af det samlede behandlingsforløb spiller en væsentlig rolle for den enkelte

patient” (Indenrigsministeriet 1994:83). Derfor aftales det, at amtsrådene skal fastlægge mål for de enkelte sygehuses service overfor patienterne. Målene vedrører bl.a. information om tidspunkt for undersøgelse og behandling, fastsættelse af maksimale tidsfrister, ventetider i ambulatorier, skadestuer mm. Det fokus, der her lægges på service, ventetider og patientinformation, kommer ligeledes til at præge de følgende aftaler. Og det synes nu at stå som et ideal for sundhedspolitikken, at patienten skal informeres mest muligt, vente mindst muligt og have den bedst mulige service.

I aftalen for 1996 til og med 1999 er der kun tale om, at patienten dukker indirekte op ved reference til fx ventetid, servicemål og kvalitet. I aftalen for 1996 er der enighed om, at ventetidsregistreringen skal udbygges, samt at der skal skabes adgang til patientinformation om, hvor der er kortest ventetid på behandling:

”Der er enighed om, at patienterne senest fra 1. januar 1996 skal have oplyst, hvor den aktuelle behandling kan gives med den korteste ventetid i de amter, som bopælsamtet samarbejder med i denne forbindelse” (Amtsrådsforeningen 1995:2)

I aftalen for 1997 aftales det at oprette en patientvejlederfunktion: ”Parterne er enige om, at der i alle amter bør oprettes patientvejlederfunktioner, som har til opgave at vejlede om ventetider, frit valg, klagespørgsmål mv.” (Amtsrådsforeningen 1996:2)

Og i aftalen for 1998 er der enighed om at styrke kvalitetssikringen indenfor sundhedsvæsenet. En mere uddybende aftale om kvalitet findes imidlertid først i aftalen om 2000.

I aftalen for 1999 er parterne ”enige om at arbejde for en høj kvalitet og effektivitet i sygehusbehandlingen” (Amtsrådsforeningen 1998:6) Herudover er der igen fokus på servicemål via maksimal ventetid på 14 dage fra henvisning til forundersøgelse samt mål for det samlede behandlingsomfang.

## **Økonomiaftaler for 2000 til 2006**

Aftalerne fra 2000 til 2006 er karakteriseret ved at være mere udførlige end de tidligere. Det gælder især aftalerne for 2000 og for 2002. Efter regeringsskiftet i 2001 sker der et fokusskift, således at der i aftalerne for 2003 til 2006 er et kvantitativt fald i de indholdsmæssige styringsinitiativer samtidigt med at incitamentsstyring i højere grad kommer på bane.

Den indholdsmæssige styring i perioden er særligt koncentreret omkring bl.a. hjerteområdet, psykiatri, service, information, informationsteknologi og ventetid – alle områder der også blev behandlet i aftalerne fra 94-99. Desuden er der kommet fokus på kvalitetsudvikling, kræftområdet, det medicinske område, brugertilfredshed og brugermålinger, patientforløb samt et fornyet fokus på forebyggelse. Selvom der også i 1990’erne var fokus på patientinformation, så er det nu trådt helt i forgrunden, således at gennemsigtighed og åbenhed er kodeord. Dermed er registrering og dokumentation af fx kvalitet og service også blevet af endnu større betydning.

Som beskrevet er også incitamentsstyring kommet på dagsordenen – allerede i aftalen for 2000, men for alvor i aftalerne for 2003 og frem. Til sidst skal det nævnes, at aftalerne vidner om en stærkere centralisering, for det første pga. de mere udførlige aftaler og for det andet pga. af mange nationale og centrale initiativer.

### **Økonomiaftalen for 2000**

Aftalen for 2000 er, sammen med aftalen for 2002, den mest udførlige økonomiaftale til dato i forhold til indholdsmæssig styring. I aftalen fastslås det, at der findes et meget begrænset rum for vækst i de offentlige udgifter, men igen er det ikke sundhedsvæsenet, det går værst ud over, idet de tilgængelige midler hovedsagligt skal anvendes til at styrke indsatsen på sygehusområdet. I forbindelse med økonomiaftalen vedtages en udviklingsplan for sundhedsområdet i perioden 2000-2002. Desuden når parterne til enighed om, at Folkesundhedsprogrammet skal danne grundlag for nyudvikling og styrkelse af forebyggelsesindsatsen. På sygehusområdet formuleres følgende:

”Det danske sygehusvæsen er som udgangspunkt velfungerende, men udviklingen stiller løbende krav om forandringer, for at befolkningen kan tilbydes en høj kvalitet og god service i behandlingen. Regeringen og Amtsrådsforeningen har derfor fremlagt hver deres strategioplæg for sygehusvæsenet. Der er enighed om målene for øget kvalitet og service.”  
(Amtsrådsforeningen 1999:3)

Der er således, som i 1990'erne, fokus på omstillingsparathed og service. Desuden kommer kvaliteten for alvor på dagsordenen. De fælles mål frem mod 2002 kan opsummeres som følger:

*Høj kvalitet:* Klar besked og korte ventetider. Fx skal mindst 85 pct. tilbydes forundersøgelse inden 4 uger, og mindst 85 pct. af ikke-akutte kirurgiske patienter skal tilbydes behandling inden for tre måneder. Som det dermed fremgår, bliver det, som i de tidligere aftaler blev betegnet servicemål, nu benævnet kvalitet.

*Høj brugertilfredshed:* ”Danmark skal fortsat være blandt de lande i EU, hvor borgerne er mest tilfredse med sundhedsvæsenet” (Amtsrådsforeningen 1999:4). Dette er første gang, at brugertilfredshed optræder i økonomiaftalerne.

*Bedre information om service og kvalitet til borgerne:* Det aftales, at der for alle landets sygehuse skal offentliggøres indikatorer for den kliniske kvalitet, der er alment forståelige, de enkelte sygehuses servicemål, ventetider, patienternes tilfredshed med de enkelte sygehuse samt evalueringscenterets undersøgelser af de enkelte sygehuse. Desuden bør 95 pct. af alle patienter, der er blevet henvist til et sygehus, kende til frit sygehusvalg.

*Effektiv ressourceanvendelse:* Produktivitetsforbedringer på ca. 2 pct. årligt.

*Sygehusstruktur baseret på funktionsbærende enheder:* Der er bl.a. enighed om,

- at øge befolkningsunderlaget for specialerne
- et sted pr speciale i en funktionsbærende enhed
- at amterne skal udvikle en sygehusplan
- at øge brugen af elektive afdelinger
- at alarmcentralerne omlægges til færre enheder mm.

*Patientforløb og samarbejde:* I forbindelse med patientforløb beskrives det, at ”En god arbejdsdeling og kommunikation mellem sygehusvæsenet og de andre dele af sundhedssektoren er af afgørende betydning for gode patientforløb og en hensigtsmæssig ressourceudnyttelse” (Amtsrådsforeningen 1999:6). Der er enighed om,

- at arbejde for forundersøgelse og evt. behandlingsplan indenfor det første døgn på medicinske afdelinger
- at alle amter skal have et koordineret vagtsystem
- at kvaliteten af den almene praksis skal styrkes
- at alle indlagte patienter skal have tilknyttet en sundhedsfaglig kontaktperson, som er ansvarlig for koordination og information.

*Kvalitetsudvikling:* I forhold til kvalitetsudvikling er der særligt fokus på dokumentation og opfølgning: ”Høj kvalitet i behandlingen fordrer en løbende og systematisk opfølgning på kvalitetsudviklingen på danske afdelinger set i forhold til andre danske og udenlandske afdelinger” (Amtsrådsforeningen 1999:6) og ”På et mere overordnet niveau vil parterne udarbejde en strategi, der sikrer, at Danmark er på forkant i forhold til målingen af den generelle kliniske kvalitet. Dertil kommer, at den dokumentation, som på mange afdelinger i dag lagres i lokale kliniske databaser, med fordel kan koordineres centralt” (Amtsrådsforeningen 1999:6). Desuden er der enighed om,

- at nedsætte et nationalt råd for kvalitetsudvikling
- at lave sammenligninger med andre afdelinger og ’bedste praksis’
- iværksættelse af brugerundersøgelser

*Diverse:* Desuden har aftalen fokus på bl.a. ledelse, personale, investeringer, psykiatri og medicin. Det aftales bl.a.,

- at rammestyling suppleres med økonomiske incitament ved 90/10 ordningen.
- at ledelse og medarbejder skal have incitament til at fremme effektiv drift
- at der skal ske en entydig placering af ledelsesansvar
- at efteruddannelsesaktivitet kortlægges
- at udviklingen af DRG systemet fortsættes
- at der skabes større fleksibilitet på tværs af personalegrupperne
- at der er sket en tilkobling til sundhedsdatanettet inden 2003
- at MedCom gøres permanent
- at der udvikles nationale standarder og opstilles mål for elektroniske patientjournaler og elektronisk booking
- at rammerne for indsatsen på det psykiatriske område udbygges

- at der sker en målretning af medicintilskud til patienter med højt forbrug

Inden for det økonomiske råderum skal det desuden være muligt at udbygge kapaciteten for behandling af kræftpatienter samt at øge aktiviteten på hjerteområdet.

### **Økonomiaftalen for 2001**

I aftalen for 2001 er der igen tale om, at det økonomiske råderum på det amtslige område benyttes til sundhedssektoren. Det betyder bl.a., at bloktilskuddet forhøjes med 203 mio. Siden treårsaftalen fra det foregående år er der kommet forslag til forbedringer på forskellige områder. Et af dem er en kræfthandlingsplan. I den forbindelse aftales bl.a. en gradvis udvidelse af behandlingsskapaciteten og strålingskapaciteten samt en samling af kræftbehandlinger på færre enheder.

På andre områder aftales det,

- at Speciallægekommissionens forslag gennemføres i forhold lægernes videre- og efteruddannelse
- at der skal arbejdes for en større sammenhæng i genoptræningsindsatsen
- at videreudvikle aktiviteter på forebyggelsesområdet i overensstemmelse med Folkesundhedsprogrammets mål

### **Økonomiaftalen for 2002**

Også i aftalen for 2002 skal amternes økonomiske råderum først og fremmest målrettes sundhedsområdet. Dokumentets afsnit om sundhed indledes med ”Regeringen og Amtsrådsforeningen er enige om, at hele befolkningen skal have adgang til gratis sygehusbehandling af høj kvalitet uden unødigt ventetid” (Amtsrådsforeningen 2001:3). For at sikre den høje kvalitet og for at reducere ventetiderne afsættes der en pulje på 1,5 mia.<sup>26</sup>

#### *Ventetider og patientinformation*

Ventetid har, som det fremgår ovenfor, høj prioritet i aftalen. Det konstateres at ventetider på hjerte- og kræftområdet er tilfredsstillende, men der er enighed om, at der skal sættes bredt ind for at nedbringe ventetider på øvrige behandlinger: ”Regeringen og Amtsrådsforeningen er enige om, at der ikke bør være patienter, som venter over tre måneder på behandling” (Amtsrådsforeningen 2001: 4). Disse ventetider søges afviklet indenfor de næste tre år. Der er dermed enighed om at øge operationskapaciteten med 20.000 i 2002 og tilsvarende i 2003 og 2004.

I forbindelse med ventetider diskuteres også patientinformation og -vejledning.

---

<sup>26</sup> De 1,5 mia., som blev afsat i forbindelse med finansloven i 2002, blev døbt Løkkeposen. Løkkeposen fungerer som incitamentsstyringsmiddel, fordi pengene først fordeles efter at amterne har øget deres aktivitet (Salomonsen 2005:15)



”Amterne vil sikre, at patienterne i tilfælde af, at ventetiden væsentligt overstiger ventetiden til samme behandling på et andet sygehus, oplyses om retten til at vælge et andet sygehus og tilbydes henvisning hertil, jf. Sygehuslovens bestemmelser herom. Derved sikres, at ledig kapacitet et sted i højere grad anvendes til en målrettet nedbringelse af ventetiderne andre steder. Parterne er enige om løbende at drøfte, hvordan informationen til patienterne kan styrkes i takt med kapacitetsudbygningen.” (Amtsrådsforeningen 2001:5)

På samme måde er parterne enige om at styrke vejledningen om det frie sygehusvalg samt at udbygge Sundhedsministeriets ventetidsinformationssystem. Desuden er der enighed om, ”at det er af stor vigtighed, at patienterne får hurtig og klar besked om tidspunkt for undersøgelse og behandling” (Amtsrådsforeningen 2001:5).

### *Kvalitet*

Kvalitet fylder også i aftalen, og der er enighed om at fastlægge en fælles dansk model for kvalitetsvurdering i form af fælles kvalitetsstandarder, som bl.a. skal omhandle struktur, udstyr, patientforløb, processer, resultater og patientsikkerhed.

### *Teknologi*

Teknologi er også på programmet – primært i form af elektroniske patientjournaler. Der er enighed om at ”indførelsen af elektroniske patientjournaler er af stor betydning for sektorens fremtidige udvikling og at de vil indebære en styrkelse af kvaliteten i patientforløbene, en mindre risiko for fejl, og at der på sigt frigøres ressourcer til behandling og pleje” (Amtsrådsforeningen 2001). Amterne skal sikre, at patientjournalerne bygger på fælles standarder, og de vil desuden prioriterer en gradvis udbygning af EPJ.

Desuden er der enighed om at etablere en sundhedsportal, som skal danne ramme om den elektroniske kommunikation mellem sundhedsvæsenet og patienterne. Portalen skal formidle kvalitet, effektivitet og service. Dette vidner endnu engang om den store opmærksomhed omkring patientinformation og -kommunikation.

### *Diverse*

Ydermere er der enighed om,

- at vilkårene for ældre medicinske patienter skal forbedres
- at der skal ske en forbedring af tilbuddene til døende
- at kræftplanen skal prioriteres højt
- at øge antallet af undersøgelser og behandlinger på hjerteområdet
- at udbygge tilbuddene i børne- og ungdomspsykiatrien
- at der iværksættes en udbygning af behandlingstilbud til traumatiserede flygtninge
- at der opsamles erfaringer med frit valg

Som allerede beskrevet viser aftalerne fra regeringsskiftet i 2001 og frem til kommunalreformen, dvs. aftalen for 2003-2006, et fald i antallet af indholdsmæssige

styringsinitiativer. Imidlertid kommer der mere fokus på økonomisk incitamentsstyring i denne periode, hvormed den økonomiske styring af sundhedsvæsenet går mod at blive en kombineret ramme- og incitamentsstyring (Salomonsen 2005:36-37).

### **Økonomiaftalen for 2003**

I aftalen for 2003 manes der til besindighed i forhold til amternes økonomi: ”De kommende års vækstramme er mere begrænset end de foregående år (...) Vækstrammen skærper kravene til prioritering og effektivisering i amterne”(Amtsrådsforeningen 2002:1).

Dog tilføres der stadig penge til sundhedsområdet. Puljen på 1,5 mia. fra 2002 er endnu ikke fuldt tildelt, og der afsættes yderligere 450 mio. kr. til en forstærket indsats på sygehusområdet. Desuden afsættes 300 mio. kr. af bloktilskuddet til en aktivitetsafhængigpulje til merbehandling på sygehusområdet. De ekstra midler skal især gå til kræftområdet, hjerteområdet, det medicinske område, IT og lægekommissionens anbefalinger.

Der er enighed om,

- at tilstræbe et enklere klagesystem på sundhedsområdet
- at etablere et patientkontor, hvortil alle klager indgives
- at forbedre aktivitetsregistreringen i sundhedsvæsenet
- at tillægge udviklingen af DRG-systemet høj prioritet
- at videreudvikle den fælles danske kvalitetsmodel
- at forbedre forholdene for de døende og deres pårørende
- at forlænge psykiatriaftalen
- at arbejde for at indføre elektroniske medicinprofiler
- at fortsætte udviklingen af elektroniske patientjournaler
- at registrerings- og omsorgssystemer på socialområdet skal kunne kommunikere med systemerne (fx EPJ) på sundhedsområdet

Om kvalitetsudvikling på det amtskommunale område generelt siges det, at:

”Regeringen og Amtsrådsforeningen er enige om, at kravene til øget kvalitet i amternes service bedst indfris ved, at den statslige styring baseres på overordnede målsætninger, der giver amterne muligheder for at fastlægge niveauet for den tilbudte service.

Der er også enighed om, at kvalitetsudviklingen skal sætte fokus på borgernes oplevelse af kvaliteten i amternes ydelser. Der er på den baggrund behov for styrke anvendelsen og anvendeligheden af brugerundersøgelser på de amtskommunale serviceområder.”

(Amtsrådsforeningen 2002:10)

### **Økonomiaftalen for 2004**

I aftalen for 2004 afsættes aktivitetsafhængige puljer på 980 mio. kr. til merbehandlinger på sygehusområdet. Der er et stort fokus på øget takststyring i aftalen, hvilket begrundes som følger:

”En øget anvendelse af takststyring kan bidrage til at få mere aktivitet for de prioriterede ressourcer til sygehusvæsenet ved at øge fokus på aktivitet og omkostninger. Det langsigtede mål er at indføre takststyring bredt i sygehusvæsenet med henblik på at styrke sammenhængen mellem sygehusenes bevillinger og aktiviteten.(Amtsrådsforeningen 2003:4)

På den baggrund er der enighed om at forøge taksstyringen gradvist. Fra 2004 skal minimum 20 pct. af bevillingerne være aktivitetsafhængige. Og man går således fra en 90/10 model til en 80/20 model. Desuden er der fokus på registrering af aktivitet, og der er enighed om, at ”tidstro, ensartede og konsistente registreringer i sundhedsvæsenet er en vigtig forudsætning for den løbende styring af sygehusene. Præcise registreringer er ligeledes en forudsætning for takststyring af sygehusene” (Amtsrådsforeningen 2003:6).

Herudover er der enighed om,

- at evaluere erfaringerne med det udvidede frie sygehusvalg
- at støtte initiativer til effektiv og rationel anvendelse af medicin
- mm

### **Økonomiaftalen for 2005**

I aftalen for 2005 er den samlede aktivitetsafhængig pulje på 1246 mio. kr. (til 70 pct. af DRG-taksten). Der er særligt fokus på effektivitet, service og kvalitet. På kvalitetsområdet er det åbenhed, som er nøgleordet:

”Der er enighed om at styrke åbenheden om kvaliteten i sygehusvæsenet ved i 2004 at påbegynde offentliggørelse og formidling af relevante kvalitetsinformationer i overensstemmelse med formidlings-principper og initiativer, som er anbefalet af den fælles arbejdsgruppe om formidling af informationer om kvalitet i sygehusvæsenet. Regeringen og Amtsrådsforeningen er endvidere enige om via indberettede data til landspatientregistret, at styrke en landsdækkende monitorering og åbenhed (offentliggørelse) vedrørende kvaliteten af hygiejnen og især hospitalsinfektioner på landets sygehuse. Der er derudover enighed om at afklare de datamæssige forudsætninger for, at der kan ske egentlig sammenligning af kvalitetsdata på tværs af sygehuse/afdelinger.”(Amtsrådsforeningen, 2004:6)

Også i forbindelse med det udvidede frie sygehusvalg er der fokus på en styrkelse af patientinformationen.

”Indførelsen af det udvidede frie valg ved mere end to måneders ventetid har givet patienterne flere valgmuligheder og mulighed for at blive behandlet hurtigere. For yderligere at styrke patienternes information om behandlingstilbud mv. skal patienterne fra 2005 aktivt informeres om mulighederne for frit valg, jf. Lov nr. 441 af 9. juni 2004.” (Amtsrådsforeningen, 2004:7)

Desuden er der enighed om,

- at der skal knyttes kontaktpersoner til indlagte og kroniske patienter for at skabe sammenhæng og tryghed
- at styrke indsatsen overfor den ældre medicinske patient (105 mio. afsættes til hvert af årene i 2005 og 2006)
- at forstærke indsatsen i forhold til videreuddannelse af speciallæger, indsats på kræftområdet, det medicinske område, forsterdiagnostik, hospice mv. (520 mio. er afsat)
- at udviklingen af takststyringen skal fortsætte, 80/20 modellen fortsættes, der foretages en evaluering af takststyring, og udvikling af redskaber til takststyring samt produktivitets- og effektivitetsmålinger skal prioriteres højt
- at DRG videreudvikles
- at den centrale specialeplanlægning styrkes
- at der skal udvikles en dansk kvalitetsmodel og i den forbindelse findes en udenlandsk akkrediteringsorganisation
- at en ny organisation etableres til forsat drift og udvikling af kvalitetsarbejdet
- at fremskynde etableringen af elektroniske personlige patientprofiler på medicinområdet
- at der i forbindelse med EPJ etableres faste standarder (G-EPJ), samt at der skabes sammenhæng mellem de amtslige EPJ-løsninger og de centrale dokumentationssystemer (forløbsbaseret landspatientregister og DRG-systemerne)

### **Økonomiaftalen for 2006**

I aftalen for 2006 er den aktivitetsafhængige pulje blevet hævet til 1402 mio. Der er enighed om,

- at gennemføre systematiske og offentligt tilgængelige produktivitetsmålinger på sundhedsområdet
- at fortsætte udviklingen af takststyringen, at opstille modeller for takststyring i regionerne samt at udvikle marginaltakster. Regeringen har tilkendegivet, at den gradvis vil øge takstandelen fra 20 pct. til 50 pct.
- at forbedre kræftområdet – med henvisning til kræftplan II. (På finanslov for 2005 er der afsat 600 mio. til kræft)
- at der i forhold til G-EPJ arbejdes med implementering i amter og defineret af grundstruktur. Det aftales, at udbud af EPJ fremover skal baseres på G-EPJ.
- at nye klassifikationer og standarder kræver pilotafprøvninger og test
- at lægers og sygeplejerskers efteruddannelse styrkes
- at psykiatrien udbygges (Ved staspuljeaftale 2005 er der afsat 200 mio. til børne- og ungdomspsykiatri samt 30 mio. årligt til indsats mod spiseforstyrrelser)

### **Patienten i aftalerne for 2000 til 2006**

I aftalerne for 2000 og frem artikuleres patienten oftere end de tidligere aftaler, men stadig langt sjældnere end de tidligere gennemgåede dokumenter. Patienten optræder nu i endnu højere grad end i 1990'erne som et objekt sundhedssektoren organiseres omkring, fx i forbindelse med fokus på service, ventetider, kvalitet og patientforløb. Der er desuden få tegn

på, at patienten betragtes som et subjekt og til dels en agent i forhold til sundhedssektoren. Dette sker først og fremmest via et stigende fokus på brugervurderinger og brugerundersøgelser.

I den udførlige aftale for 2000 anses det som essentielt, ”at befolkningen kan tilbydes en høj kvalitet og god service i behandlingen”(Amtsrådsforeningen 1999:3). Desuden er der for første gang i økonomiaftalerne stort fokus på brugertilfredshed og brugerundersøgelser. Det sker samtidigt med, at der fokuseres på omstruktureringer og nytænkning af sundhedsvæsenet. 2000-aftalen er desuden den første aftale, hvor kvalitetsudvikling for alvor kommer på banen, hermed følger også om øget patientinformation om fx kvalitet og service.

Opmærksomheden omkring brugerinvolvering og tilfredshed videreføres i aftalen om 2001. I starten af aftalen refereres fire folkehøringer, herunder en om sundhed:

”Høringen om sundhed og en række regionale høringer peger på, at information, kommunikation og sammenhæng i patientforløb er vigtige faktorer i brugernes vurdering af sundhedsvæsenet” (Amtsrådsforeningen 2000:1)

Hermed markeres, at brugernes synspunkt er blevet et væsentligt udgangspunkt for sundhedspolitikken.

I aftalen for 2002 er der med den afsatte pulje på 1,5 mia. særligt fokus på nedbringelse af ventetid og i den forbindelse på patientinformation og vejledning om såvel ventetider som frit sygehusvalg. Desuden aftales det, at der skal etableres en sundhedsportal, som kan forbedre kommunikationen mellem patienter og sundhedsvæsenet. Det er også i denne aftale, at det aftales at udvikle en dansk model for kvalitetsudvikling.

I aftalen for 2003 er der fokus på klagesystemet, og det foreslås at oprette patientkontorer til dette formål. I forhold til kvalitetsudviklingen nævnes brugerinvolvering i form af brugerundersøgelser:

”Der er også enighed om, at kvalitetsudviklingen skal sætte fokus på borgernes oplevelse af kvaliteten i amternes ydelser. Der er på den baggrund behov for styrke anvendelsen og anvendeligheden af brugerundersøgelser på de amtskommunale serviceområder.” (Amtsrådsforeningen 2002:10)

Aftalen for 2005 skrives følgende:

”Regeringen og Amtsrådsforeningen er enige om at patienterne skal møde et sundhedsvæsen, der i alle henseender er effektivt og velfungerende, og hvor service og kvalitet er i højsædet” (Amtsrådsforeningen, 2004).

I forbindelse med kvaliteten er særligt dokumentation og patientinformation på dagsordenen. Desuden skal den danske kvalitetsmodel understøtte arbejdet med styrkelsen af

patientsikkerheden'(Amtsrådsforeningen, 2004:10). Patientinformation er også i fokus i forbindelse med frit valg, hvor det er vedtaget ved lov, at patienterne aktivt skal informeres om deres muligheder. Desuden er der enighed om, at der skal knyttes kontaktpersoner til patienterne:

”Der er enighed om, at der for indlagte og kroniske patienter skal tilknyttes faste, navngivne kontaktpersoner til patientens forløb igennem sygehusene for dermed at øge kvalitet, sammenhæng og tryghed.” (Amtsrådsforeningen, 2004:7)

Generelt kan det siges, at patienten spiller en mindre og mere indirekte rolle i økonomiaftalerne i forhold til de tidligere gennemgåede udvalgs- og kommissionsrapporter. Dette kan være et tegn på, at de beskrevne patientforståelser i høj grad har karakter af idealer, og kun i mindre grad er institutionaliseret i sundhedspolitikken. Det ser dog ud til, at der omkring 2000 er en stigende opmærksomhed omkring patientinvolvering i forhold til sundhedsvæsenets organisation. Dette sker primært via et øget fokus på brugerundersøgelser.

## Diskussion – kontinuitet og brud i diskurshistorien

Rapportens forskningsspørgsmål, som blev stillet i rapportens indledning, omhandler den diskursive og institutionelle konstitution af nye patientforestillinger i de seneste årtiers sundhedspolitik. I de følgende afsnit søges spørgsmålet belyst ud fra en besvarelse af de følgende underspørgsmål:

1. *Hvilke grundspor findes i den sundhedspolitiske diskurshistorie, og hvordan relaterer forskellige patientforestillinger sig til disse spor?*
2. *Hvilke nye dominerende patientforestillinger er opstået i de seneste årtiers sundhedspolitik, og er der sket afgørende brud i den måde patienten defineres?*
3. *Er der sket en institutionalisering af de nye patientforestillinger?*

### Diskurshistoriens grundspor

For at få en fyldestgørende forståelse for de nye patientforestillinger samt i hvilke meningssammenhænge disse opstår, vil jeg starte med at besvare rapportens første underspørgsmål, som omhandler hvilke grundspor, der findes i den sundhedspolitiske diskurshistorie, og hvordan forskellige patientforestillinger relaterer sig til de forskellige spor. Med gennemgangen af grundsporerne fås en diakron forståelse for de overordnede temaer, som har præget sundhedspolitikken fra 1970 og frem til strukturreformen. Det er interessant at bemærke, at der både er tale om en historie om kontinuitet og gradvis udvikling af forskellige meningssammenhænge og en historie om markante brud.

### Markedsorientering

Ofte knyttes ændringer i patientdefinitionen sig til tesen om den øget markedsgørelse indenfor sundhedsvæsenet (Nordgren 2003, DuGay & Salaman 1992) eller til New Public Managements dominans (Vrangbæk 1999). I det følgende vil jeg derfor på baggrund af den tidligere gennemgang af dokumenter og økonomiaftaler opsummere, hvornår og hvordan markedsmekanismer såsom frit valg og quasi-markedsløsninger opstår i sundhedspolitikken, og hvilke rolle patienten spiller i denne kontekst.

#### *1970'erne og 1980'erne*

Allerede i PPII (1973) tales der om service og 'frit forbrugervalg' i relation til praksissektoren, hvilket skyldes, at denne del af sundhedsvæsenet altid har fungeret på noget, der minder om markedsvilkår. Markedstænkning i sundhedssektoren er altså ikke et helt fremmed fænomen. Derudover er der i samme betænkning samt i sundhedsprioriteringsudvalgets rapport (1977) tale om at få skabt øget omkostningsbevidsthed hos professionerne. I produktivitetsudvalgets rapport (1984) er forslaget udvidet til, at der skal skabes flere incitament, fordi professionerne ikke har 'tilstrækkelig tilskyndelse' til at være omkostningsbevidste. Udvalget fastslår dog, at løsningen ikke er en øget markedsgørelse, men spørgsmålet om incitament er kommet på dagsordenen.

I såvel produktivitetsudvalgets (1984) som samordningsudvalgets rapport (1985) er der fokus på service inden for det samlede sundhedsvæsen. I sidstnævnte rapport er det imidlertid igen praksissektoren, nærmere bestemt speciallægerne, som er udgangspunktet for diskussionen om serviceforbedringer. De 'patientvenlige foranstaltninger', som findes hos speciallægerne fx i forhold til ventetider og behandling i nærmiljøet, ønskes overført til ambulatorierne. Det er desuden her ventetider nævnes første gang, hvilket følges af henvisninger til ventetid i økonomaftalen for 1987 og 1988. Også Lotz-udvalget (1987) nævner et stigende fokus på service, men her betragtes befolkningens stigende forventninger til serviceniveauet som problematisk, fordi det sætter et negativt pres på sundhedssektoren. Det er desuden i denne rapport, at der for første gang sættes spørgsmålstegn ved, om rammestyringen er tilstrækkelig, og der foreslås en videreudvikling af rammestyringen via større fokus på ledelse. Herudover tales der for første gang om at udvikle et DRG system.

Det første udvalg, som direkte får til opgave at overveje mere markedsorienterede modeller for organisering af sundhedsvæsenet, er udvalget vedrørende praksissektorens organisation (1986), som stilles opgaven at se på modeller, 'som forudsætter en liberalisering af praksissektoren'. Udvalget foreslår en liberalisering via ophævelse af eksklusivbestemmelser. Desuden taler udvalget om muligheden for differentierede takster med det formål at skabe konkurrence på serviceniveauet. Det er i forbindelse med denne styringsdiskussion, at vi for første gang finder en henvisning til frit valg over amtsgrænser. Det skal igen bemærkes, at det nok ikke er tilfældigt, at disse tanker opstår i forbindelse med en diskussion af praksissektoren.

Med henvisning til det ovenstående kan det konstateres, at markedstænkning på sundhedsområdet ikke blot hører sig de seneste to årtier til. På nogle områder kan man endda tale om en kontinuerlig udvikling mod øget markedsorienteret styring siden starten 1970'erne. Alligevel er det vigtigt at bemærke, at rammestyringen succes på intet tidspunkt betvivles for alvor, samt at henvisningerne til service altid synes at være underordnet kravet om produktivitet og omkostningskontrol.

### *1990'erne*

I 1990'erne sker der en både kvantitativ og kvalitativ forøgelse af den markedsorienterede tænkning på sundhedsområdet. Et vigtigt eksempel er loven om frit valg fra 1993. Det er gennemgående, at frit valg først og fremmest behandles som et styringsredskab, der skal øge incitamenter og konkurrence mellem sygehusene. Frit valg som patientrettighed synes at være sekundær. Nedbringelse af ventetider er også i centrum fra starten af 1990'erne.

Desuden begynder rammestyringens effektivitet at blive betvivlet, og den ønskes på forskellige måder udvidet. I SØK-udvalgets rapport (1994) beskrives det danske sundhedssektors største problemer som manglende effektivitetskrav samt manglende lydhørhed overfor borgernes ønsker. Rapporten omtaler og vurderer derfor en række markedsorienterede styringsmekanismer, og der plæderes for øget sammenhæng mellem økonomi og aktivitet, udvikling af kontraktstrategier, adskillelse af efterspørger og udbyder, afprøvning af



præstationsbetaling (herunder udvikling af DRG) samt frit valg af sygehus. Alle initiativer som skal skabe øget konkurrence og incitamentsstrukturer. I sygehuskommissionen (1997) videreføres disse temaer, og herudover tilføjes resultatpuljer og resultatløn.

### *2000 og frem*

Det er imidlertid først i økonomiaftalen for 2000, at præstationsbetalingen går fra at være noget, som skal afprøves på forsøgsbasis, til at blive et generelt styringsprincip i sundhedssektoren via 90/10 ordningen. I aftalen for 2004 udvides takststyringen til en 80/20 ordning, og i aftalen for 2006 tilkendegiver regeringen et ønske om gradvist at hæve takststyringen til 50 pct. Der er hermed sket en kvalitativ ændring af sundhedssystemet, som er gået fra at være 100 pct. rammestyret til at være kombineret ramme- og incitamentsstyret. Desuden er ventetidsgarantierne blevet udvidet, og det frie valg er blevet udvidet til at omfatte udenlandske og private hospitaler. I strukturkommissionens betænkning synes frit valg at have fået en så fremtrædende rolle, at strukturændringer til større forvaltningsmæssige enheder primært begrundes i borgernes øgede muligheder for valgfrihed samt bedre service.

### *Patienten som bruger*

Patienten optræder stadig oftere i takt med, at markedsorienteringen i sundhedssektoren stiger. Sammenhængen er særlig tydelig i forbindelse med skabelsen af incitamentsstrukturer og konkurrence på sundhedsområdet, hvor patienterne via fx frit valg bliver en vigtig del af løsningen. Den tætte kobling mellem markedsorienteringen og patientens nye rolle ses også i artikulationen af patienten som bruger eller forbruger. Der er få eksempler på, at patienten betegnes som bruger i 1970'erne, hvor der som allerede nævnt tales om frit forbrugsvalg i forbindelse med valg af læge. I 1980'erne er der bl.a. eksempler fra WHO dokumentet og samordningsudvalget på, at patienten ind i mellem artikuleres som bruger. Det er imidlertid først fra starten af 1990'erne og frem, at det bliver almindeligt at betragte patienten som bruger eller forbruger af sundhedsydelser. Det sker samtidigt med, at brugerorienteringen bliver suppleret med et udpræget fokus på brugernes præferencer og krav via brugerundersøgelser. Fra 2000 og frem bliver denne udvikling særlig tydelig, og i *Sundhedspolitiske redegørelse 2000* er patientinformation fx blevet erstattet af forbrugerinformation.

### **Centralisering**

Samtidigt med at der har fundet en øget markedsorientering sted, har den statslige indblanding i sundhedspolitikken været stigende. De to tendenser synes ikke at være modsætninger. Nærmere tværtimod. Mange af de markedsorienterede styringstiltag såsom frit valg, DRG, øget takststyring osv. er netop statslige initiativer. DuGay & Salaman beskriver denne umiddelbart paradoksale sammenhæng således:

”The interesting point here is the way in which the emphasis on the sovereign consumer as a method of restructuring organizations gains a further level of reality and conviction by becoming enshrined in legislation covering those organizations which are furthest removed from market and consumer pressures. Paradoxically, we thus find that the adaptation of

market relations and structures in organisations is frequently a result of formal, centralized and bureaucratic compulsion” (DuGay & Salaman 1992:619)

Fra de første optræk til en sundhedspolitik bliver formuleret, synes der at være et indbygget dilemma i sundhedspolitikken, som omhandler diskrepansen mellem de tiltagende nationale politiske debatter om sundhed overfor det decentrale ansvar for og implementering af sundhedspolitikken. Den stigende centralisering, som kulminerer med strukturreformen, kan ses i dette lys.

### *1970'erne og 1980'erne*

I starten af 1970'erne var den politiske indblanding i sundhedsvæsenets prioriteringer og økonomi minimal. I såvel PPI som PPII beskrives en politisk usikkerhed i forhold til at træde ind på de professionelles domæne, og en deraf følgende mangel på politisk vilje til at blande sig i styring af sundhedsvæsenet. Denne usikkerhed er imidlertid fraværende i prioriteringsudvalgets rapport fra 1977, og herfra synes politisk indblanding i sundhedsvæsenets prioriteringer – fx i forhold til øget fokus på forebyggelse samt en stigende udgiftsstyring at være normen. Som det fremgår af økonomiaftalerne er det primære politiske fokus indtil regeringsskiftet i 1992, med få undtagelser, at reducere omkostninger i sygehusvæsenet via prioriteringer. I 1970'erne og godt op i 1980'erne træffes de politiske beslutninger og prioriteringer primært amtskommunalt, mens det centrale niveau næsten udelukkende udstikker de økonomiske rammer. Den lange række af centralt nedsatte udvalg og kommissioner i 1970'erne og særligt 1980'erne vidner imidlertid om en øget centralpolitisk interesse for sundhedsområdet.

I et par af 80'er-rapporterne nævnes den udprægede decentralisering, men udelukkende som noget der bør fastholdes. I udvalget vedrørende praksissektorens organisation (1986) overvejes en strukturændring på sundhedssektormrådet for første gang. Udvalget foreslår en øget decentralisering, således at kommunernes ansvar øges.

### *1990'erne*

Den stramme udgiftspolitik i 1980'erne førte til øgede rationeringer og ventetider. I starten af 1990'erne tilføres der derfor flere penge til sundhedsvæsenet, som bliver fulgt op af forskellige målsætninger og krav til kapacitetsudvidelser, ventetidsmålsætninger, frit valg, patientinformation mm. Kvalitet betyder også at komme på banen og det samme gør forskellige informationsteknologiske projekter såsom EPJ og MedCom. Desuden lanceres forskellige områder som særlige indsatsområder herunder hjerteområdet og psykisk syge.

Med ønsket om at få skabt et mere serviceminded og konkurrenceorienteret sundhedsvæsen opstår der således en øget central styring i sundhedsvæsenet.

### *2000 og frem*

Økonomiaftalen for 2000-2002 markerer en kvantitativ udvidelse af den centrale styring – både i antallet af aftaler/initiativer samt initiativernes karakter. Kvalitetsudvikling er nu for alvor

blevet et centralt anliggende, hvilket fx ses ved igangsættelsen af en række nationale initiativer såsom det nationale kvalitetsindikatorprojekt, landsdækkende tilfredshedsundersøgelser, det Nationale Råd for Kvalitetsudvikling mm. Det samme gør sig gældende på IT området, hvor en række nationale strategier og projekter omhandlende nationale standarder igangsættes. Desuden findes der fra 2000 og frem centrale initiativer sted i form af øget indførelse af DRG-takststyring, udvidet frit valg af sygehuse mm.

Den stigende centralisering artikuleres ikke som problematisk i de forskellige rapporter. Tværtimod beskrives udviklingen som positiv i både *Sundhedspolitisk redegørelse 2000* og strukturkommissionens betænkning. Man kan da også se strukturreformen som en direkte udløber af denne øgede centralisering, idet det decentrale niveaus ansvar og handlefrihed er blevet yderligere reduceret samtidigt med, at statens, herunder også Sundhedsstyrelsens, rolle er blevet styrket.

### *Patienten som styringsredskab*

Lige som det var tilfældet med den øgede markedsorientering, dukker patienten i stigende grad op i takt med, at centraliseringen øges, og mange af de centrale initiativer som lanceres, har patienten som omdrejningspunkt. Det gælder fx initiativer omkring frit valg, ventetider, patientinformation og naturligvis de nationale brugerundersøgelser fra 2000 og frem. Det er i den forbindelse tydeligt, at patienten på forskellige måder benyttes som et styringsredskab for staten. Mange af de patientvenlige tiltag såsom frit valg, ventetidsreduktion, brugerundersøgelser osv. indføres ikke blot ud fra en omsorg for patienten, men ligeledes som et led i en styring af sundhedssektoren. Frit valg, ventetidsfokus mm er således en måde at skabe øgede incitamenter og konkurrence både indenfor og over amtsgrænser for derved at ligge pres på såvel amter som sundhedssektor.

### **Målbarhed og målopfyldelse (produktivitet, effektivitet og kvalitet)**

Allerede i PPI og PPII bemærkes det, at sygehusstatistikken er mangelfuld, samt at øget politisk styring kræver effektivitetsmålinger og dermed opbygningen af et administrativt apparat, som kan udføre disse målinger. Så snart den første sundhedspolitik formuleres, og i den forbindelse ønsket om udgiftskontrol, formuleres således samtidig nødvendigheden af målbarhed. I så godt som samtlige af de følgende dokumenter er der i større eller mindre grad fokus på udviklingen af kvantificerbare og sammenlignelige mål for sundhedspolitikken. Så tidligt som i prioriterings- (1977) og produktivitetsudvalget (1984) er der, i diskussionerne af mulighederne for planlægning og prioritering, fokus på udbygning af sygehusenes informationssystemer, så det fx bliver muligt at vurdere de økonomiske konsekvenser af faglige beslutninger.

### *1980'erne: Produktivitet*

Desuden er der, særligt fra Produktivitetsudvalget og frem, fokus på produktivitet. Udvalget skelner mellem produktivitet og effektivitet, men afviser muligheden for at måle effektivitet forstået som målopfyldelse. Det skyldes først og fremmest manglende politiske mål for sundhedssektoren samt tekniske problemer. Derfor benyttes produktivitetsmål (fx

omkostninger pr ydelse) som de vigtigste mål på sundhedsområdet. Det bliver således produktiviteten, som giver mulighed for fx sammenligninger af forskellige sygehuse, af forskellige ydelser samt sammenligninger over tid. I de senere rapporter fra 1980'erne fortsætter fokuset på produktivitet. I Lotz-rapporten (1987) bemærkes det, at det fald i produktiviteten, som produktivitetsudvalget konstaterede, er standset, men der plæderes alligevel for videreudvikling af produktivitmål og -analyser, og i den forbindelse nævnes udviklingen af DRG systemet som en måde at udvikle produktivitmålene og skabe produktivitetsforbedringer.

### *1990'erne og frem: Kvalitet*

Produktivitet forsvinder ikke som et vigtigt mål for sundhedssektoren. Fra starten af 1990'erne og frem nævnes produktiviteten jævnligt, og i flere af økonomiaftalerne lægges budgettet ud fra et mål om produktivitetsforbedringer på 2 pct. Så sent som i økonomiaftalen for 2006 aftales det at gennemføre systematiske og offentligt tilgængelige produktivitetsmålinger på sundhedsområdet.

Dog kommer der i starten af 1990'erne et andet og på mange måder mere dominerende mål for sundhedssektoren på banen, nemlig kvalitet. Kvalitet er ikke helt fraværende i 1980'erne, men det defineres næsten udelukkende som medicinsk udvikling og opfattes som umålbart (med undtagelse af WHO-dokumentet). At det vurderes som umålbart skyldes bl.a., at kvaliteten, som effektiviteten, synes at blive forstået som målopfyldelse, men igen uden at målene er fastsatte. Forståelse af kvalitet som målopfyldelse kommer bl.a. til udtryk i gentagne henvisninger til, at fx besparelser eller produktivitetsforbedringer ikke må gå ud over kvaliteten.

Den første gang kvalitet optræder som kvantificerbart og som andet end medicinsk udvikling er i pionerteksten *Sundhed for alle i år 2000* (1985). I starten af 1990'erne kommer kvalitet for alvor i centrum for sundhedspolitikken. I *National strategi for kvalitetsudvikling* (1993) defineres kvalitet som målopfyldelse, og nu handler det om på alle områder 'at finde metoder til at gøre det umålelige måleligt'. Fra den nationale strategi og fremefter synes kvaliteten på mange måder at blive betragtet som et mål for sundhedsvæsenets effektivitet. Kvalitet optræder efterfølgende i samtlige dokumenter i forskellige former såsom kvalitetsvurderinger, kvalitetsmål, kvalitetsudvikling, kvalitetssikring osv.

### *Gennemsigtighed: 2000 og frem*

Fra 2000 og frem synes patientinformation at blive tildelt særlig opmærksomhed. Især skal patienterne have tilgang til oplysning omkring fx kvalitet og service på de forskellige sygehuse som en forudsætning for at kunne benytte det frie valg. I den anden nationale strategi for kvalitetsudvikling fra 2002 synes mantraet for den fortsatte kvalitetsudvikling således skabelse af gennemsigtighed og åbenhed i forhold til kvalitetsmålingerne. Desuden igangsættes, som før beskrevet, en lang række centrale initiativer på kvalitetsområdet.

Der ses desuden tegn på, at kvalitet ikke er helt så altomfattende som i 1990'erne, men at det igen er den faglige kvalitet, som er kommet i centrum.

### *Patienten*

I forbindelse med produktivitetmålinger optræder patienten ikke som aktør. Målinger af fx omkostninger vs. antal ydelser kræver ikke patientens deltagelse. Patienten opstår derimod som aktiv i det øjeblik, kvalitet betragtes som en kvantificerbar. Dette er en nødvendighed, eftersom en stor del af kvalitetsmålingerne består af patientvurderinger og patienttilfredshedsparametre. Derfor må forståelsen af kvalitet som kvantificerbart og forståelsen af patienten som deltagende fx via brugerundersøgelser nødvendigvis følges ad. Desuden kommer patienten på banen som den, der via information om kvalitet, skal foretage valg om fx sygehus. Patienten bliver således også, særligt i 2000 og frem, kvalitetsmålingernes modtager.

### **Samordning og patientforløb**

#### *1970'erne og 1980'erne*

Ønsket om en bedre samordning mellem sundhedsvæsenets forskellige dele er på dagsordenen allerede i PPI (1971) og behandles mere indgående af prioriteringsudvalget (1977). I sidstnævnte rapport behandles fx spørgsmålet om en bedre samordning mellem praksissektor og sygehussektor. Som navnet antyder, kommer samordning dog for alvor på dagsordenen med samordningsudvalget (1985). I et patientperspektiv er det særligt interessant, at samordning i denne rapport knyttes tæt sammen med servicebegrebet.

Desuden får patientforløbet en stigende betydning i samordningsdiskussionerne. Patientforløbet optræder i produktivitetssudvalgets rapport (1984). Her opfattes patienten som et objekt, man med fordel kan organisere omkring. I samordningsudvalgets rapport (1985) fylder patientforløbet også. Her er der desuden optræk til, at patienten ikke kun er væsentlig som det, der organiseres omkring, men desuden har betydning i form af sine oplevelser af forløbet. Således peger samordningsudvalget rapport frem mod 1990'erne, hvor patienten i stigende grad optræder som subjekt i patientforløbet.

#### *1990'erne og frem*

I SØK-udvalget og sygehuskommissionen er der kommet stigende fokus på patienternes oplevelse og vurdering af samordningen og patientforløbene. Og i den nye nationale strategi for kvalitetsudvikling (2002) tales der, i forbindelse med patientforløb, om, at informationerne fra patienter må opsamles, og at sundhedsvæsenet må tage ved lære af disse. Der er desuden kommet større fokus på de enkelte patienters individuelle behov i patientforløbene. Herudover er det værd at bemærke, at patientforløbet i sygehuskommissionens rapport er blevet en samlebetegnelse for kvalitet, samordning, information og effektivitet.

## *Patienten*

Som det fremgår af det ovenstående, markerer patientforløb naturligvis en patientfokusering, men ikke nødvendigvis en patientinvolvering. At sundhedsvæsenet bedst organiseres omkring patienten er således allerede på tale i 1980'erne, men det er først i 1990'erne og frem, at patienten for alvor betragtes som et subjekt i denne proces, hvis oplevelser, krav og forventninger til forløbet, man må tage alvorligt.

## **Patientinformation**

### *1970'erne og 1980'erne*

Allerede med prioriteringsudvalgets rapport (1977) er information på dagsordenen som et redskab til at opdrage befolkningen til at passe på sit helbred i forbindelse med forebyggelse. Samtidigt bliver information benyttet til at skabe realistiske forventninger til sundhedsvæsenet. Information handler på den måde om holdningsbearbejdelse. I produktivitetsudvalgets rapport (1984) kommer information desuden på dagsordenen i forbindelse med behandling og pleje, men formålet er stadig at aflaste systemet så meget så muligt, denne gang ved at patienten overtager opgaver fra sygeplejersker og læger. På disse forskellige måder bliver patient- og borgerinformation et redskab til at skabe det samfundsøkonomisk ansvarlige individ. Dette sættes på spidsen i Lotz-udvalgets rapport (1987), hvor et forslag går ud på, at befolkningen skal informeres om omkostningerne ved sundhedsvæsenets ydelser, fordi det derved forventes, at de vil tænke sig om en ekstra gang, før de benytter sig af dem.

### *1990'erne og frem*

Det diskursive brud, som foregår i starten af 1990'erne, viser sig bl.a. i patientinformationens ændrede formål. I *Nationale strategi for kvalitetsudvikling* (1993) nævnes oplysning om kvalitet som helt essentiel i forhold til frit valg. I SØK-udvalget og sygehuskommissionen er patientinformation blevet et patientkrav. Desuden skal informationen ikke længere skabe holdningsændringer hos befolkningen, men derimod give befolkningen viden om fx ventetider og frit valg, hvilket kan være med til at lægge pres på sundhedssektoren. Denne viden erhverves via oplysningskampagner, en landsdækkende service med ventetidsstatistik, patientvejledere, patientkontorer mm.

Information er desuden ikke længere et top-down styret envejsfortagende. Ud over at sundhedsvæsenet skal informere patienterne om rettigheder, kvalitetsmålinger, ventetider mm, er patienterne nu også omvendt en kilde til information for sundhedsvæsenet, som fx kan fortælle, hvor tingene kan blive bedre. Det bliver sundhedsvæsenets opgave at opsamle og udnytte denne viden, hvilket primært sker via et stigende fokus på brugervurderinger og brugerundersøgelser. I 2000 og frem er patientinformation på alvor på dagsordenen. Og i den nye strategi for kvalitetsudvikling (2002) beskrives idealet for patientkommunikation som en mere 'ligeværdig dialog mellem patient og behandler'.

## **Patientrettigheder**

Patientrettigheder fylder overraskende lidt i dokumenterne<sup>27</sup>. I 1980'erne er patientrettighedsdiskussioner næsten fraværende. I udvalget vedrørende praksissektorens organisering (1986) stilles spørgsmålet om valgfrihed over amtsgrænser for første gang, men dette sker som en del af en styringsdiskussion om takster. Ventetider nævnes også kort i et par af 80'er rapporterne (Samordningsudvalget og Lotz-udvalget).

Det er imidlertid først fra starten af 1990'erne at ventetider, behandlingsgarantier og frit valg for alvor kommer på dagsordenen. Men også da synes emnerne først og fremmest at blive betragtet ud fra et styringsperspektiv, dvs. som en måde at skabe incitament og konkurrence, og først sekundært som noget, der gavner patienternes retsstatus.

Øget patientinformation kan betragtes som en forbedring af patienternes retsstilling. I økonomiaftalen for 1997 aftales det at indføre patientvejledere, som skal oplyse patienter om fx frit valg, ventetider og klagemuligheder, og i økonomiaftalen om 2003 er der enighed om at oprette patientkontorer, hvor patienterne kan få en overskuelig adgang til klage- og erstatningssystemet. Det skal imidlertid også her bemærkes, at patientinformation er en essentiel forudsætning for incitamentsstyringen.

## **Dominerende patientforestillinger**

I nærværende afsnit besvares rapportens andet underspørgsmål, som spørger til hvilke nye dominerende patientforestillinger, der er opstået i den sundhedspolitiske diskurshistorie samt hvorvidt der er sket afgørende brud i den måde, patienten defineres. Sammenlignet med det første spørgsmål, som omhandler de gennemgående temaer eller grundspor diakront, spørges der nu mere synkront til hvilke patientforestillinger og brud, der findes på tværs af de forskellige temaer.

### **Fra 1970 til 1992: Den samfundsøkonomisk ansvarlige patient**

Fra PPI (1973) og frem til starten af 1990'erne omhandler den sundhedspolitiske diskurs først og fremmest udgiftskontrol via sundhedspolitiske prioriteringer. Det er i dette politiske klima, at forebyggelse opstår som et af de områder, der skal prioriteres højest, primært fordi forebyggelse er et policy-område, som kan føre besparelser med sig. Det sker samtidigt med, at forebyggelse går fra først og fremmest at blive opfattet som forebyggende behandling, der foregår inden for sundhedssektoren, til primært at blive artikulert som et alternativ til behandling, der i stor udstrækning udspiller sig uden for sundhedssektoren. Heri ligger samtidigt en anerkendelse af, at forebyggelse ikke kun omhandler fysiske forhold, men i lige så høj grad individets

---

<sup>27</sup> Det skal bemærkes, at patientrettigheder øjensynligt havde fyldt mere, hvis man så nærmere på lovgivningen på sundhedsområdet. Det ændrer dog ikke ved, at rettigheder kun sjældent dukker op i den generelle sundhedspolitiske debat siden 1970'erne.

psykosociale tilstand. Hermed er vejen banet for et fornyet fokus på individet og dets ansvar for egen helbredssituation – et syn på individet, som står i skarp kontrast til Parsons' passive og hjælpeløse patient indeholdt i betegnelsen 'the sick role'. Med idealet om ansvarlighed kommer forebyggelse til at handle om at skabe ansvarlige individer. Men ansvarligheden omhandler ikke kun individets egen helbredstilstand. Det handler desuden om at få individet til at forstå, at sundhedsvæsenets muligheder og ressourcer er begrænsede, og at det derfor må have dæmpede forventninger til sundhedsydelse. I samordningsudvalgets rapport (1985) er der fx tale om, at individet via et højt informationsniveau må lære 'den rette anvendelse af sundhedsvæsenet'. I Lotz-udvalget (1987) ønsker man endda at oplyse patienterne om sundhedsydelse omkostninger for derved at skabe en økonomisk ansvarlighed hos individet.

Det skal desuden bemærkes, at idet forebyggelsesspørgsmålet og idealet om det ansvarlige individ kommer på dagsordenen, sker der en forskydning af begreberne patient og borger. Den endnu ikke syge borger bliver nu en potentiel patient, og et skarpt skel mellem den autonome borger og den syge og hjælpeløse patient er ikke længere opretholdeligt.

Det er i Prioriteringsudvalgets rapport fra 1977, at vi første gang støder på idealet om det samfundsøkonomisk ansvarlige individ forstået som det individ, der tager vare på sig selv i forebyggelsesøjemed, og som har 'rimelige' forventninger til sundhedsvæsenet. Men allerede i prioriteringsudvalgets rapport (1984) føjer der sig endnu en detalje til billedet. Det er ikke kun de potentielle patienter, som endnu ikke er syge, der skal tage vare på sig selv. De patienter, som allerede er i behandling i sundhedsvæsenet, skal i stigende grad inddrages i behandlingen og plejen. Jo mere patienten kan klare selv, jo mere aflastes sygeplejerskerne og lægerne i deres arbejde. Det beskrives, at denne strategi allerede har ført til kortere indlæggelser og flere ambulante behandlinger. På den måde er involveringen og ansvarliggørelsen af patienten endnu engang en aflastning af systemet – samtidigt med, at patienterne opfatter involveringen som forbedret service.

Opsummerende kan man sige, at der opstår to roller for den samfundsøkonomisk ansvarlige patient:

*For det første* skal patienten eller den potentielle patient lære ikke at forvente for meget af eller trække for meget på sundhedssektoren. Patienten forventes således at udvikle en ansvarlighed overfor samfundsøkonomien. Rollen kan ses som et løsningspunkt på det pres, som befolkningens stigende forventninger til sundhedssektoren afstedkommer. Patientens forventninger og krav til sundhedssektoren opfattes således som et *problem*, der kan reduceres ved at opdrage befolkningen til at forvente mindre.

*For det andet* skal patienten eller den potentielle patient yde omsorg for sig selv for derved at mindske presset på sundhedsvæsenet. Dette gælder i forebyggelsesøjemed hvor borgeren, som den potentielle patient, skal tage vare på sit helbred og i videst muligt omfang undgå sygdom.



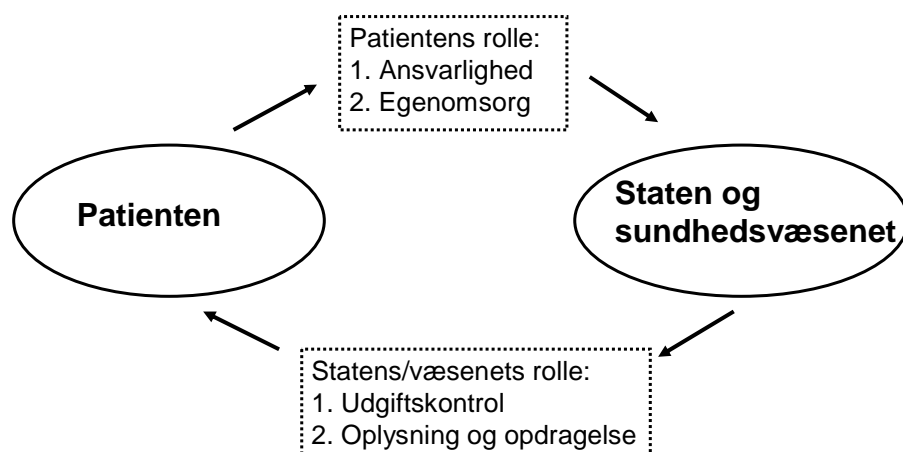
Og det gælder i den konkrete behandlingssituation, hvor patienten forventes at deltage i pleje og behandling for at aflaste de sundhedsprofessionelle.

Den samfundsøkonomisk ansvarlige patient konstitueres via sundhedsvæsenets og statens undervisning, oplysning og opdragelse af patienten. Der er her tale om envejskommunikation, hvor fx sundhedsprofessionelle og politikere informerer de potentielt irrationelle individer om forebyggelse og sundhedsydelsers beskaffenhed. De roller, som patienten tildeles, har det tilfælles, at patienten forventes at lytte, lære og ændre adfærd. Der er således ikke tale om et subjekt, som agerer ud fra sine personlige præferencer, men i stedet om et subjekt som reagerer i overensstemmelse med den oplysning og opdragelse, som det modtager.

Denne position, og de forventninger der knyttes til den, betyder, at der opstår et helt bestemt styrkeforhold mellem patienten og den potentielle patient på den ene side overfor stat og sundhedsvæsen på den anden. Patienten er underlagt sundhedsvæsenets og statens vejledning og opdragelse, og relationen er formet af en mistillid til patienternes evner til at tage vare på sig selv og tilvejebringe fornuftige holdninger uden hjælp fra autoriteterne. Således kan relationen beskrives som asymmetrisk.

Nedenstående figur viser den bevægelse, hvor staten og sundhedsvæsenet pga. ønsket om udgiftskontrol står sammen om at konstituere patienter via oplysning og opdragelse, som er ansvarlige på den måde, at de på den ene side ikke forventer sig for meget af sundhedsydelse, og på den anden side tager vare på sig selv på den måde at aflaste sundhedsvæsenet.

*Figur 1: Den samfundsøkonomisk ansvarlige patient (1970-1992)*



## Fra 1993 til 2006: Den krævende forbruger

I starten af 1990'erne sker der et brud i den sundhedspolitiske diskurs<sup>28</sup>. Den stramme udgiftspolitik bliver afløst af et ønske om at forbedre service og kvalitet på sundhedsområdet, og en række initiativer igangsættes herunder nedbringelse af ventetider, frit valg og patientinformation.<sup>29</sup> Det primære politiske fokus er gået fra at omhandle udgiftskontrol og prioritering til først og fremmest at omhandle skabelsen af et tilpasningsdygtigt, serviceminded og konkurrencedygtigt sundhedsvæsen, som er i stand til at tilpasse sig skiftende krav og forventninger fra omgivelserne. Hermed er de tidligere policy-problemer på ingen måde forsvundet, men der er sket en forskydning i forhold til hvilke problemer, der betragtes som primære.

Med et politisk fokus på fornyelse og tilpasningsdygtighed ændres patientens rolle markant. Patientens krav og forventninger til sundhedssystemet, og ikke mindst patientens vurdering af sundhedsvæsenet, kommer i centrum for organisering og styringen af sundhedsvæsenet. Hermed opstår idealet om den krævende forbruger, som via individuelle præferencer, valg og et højt vidensniveau kræver hurtig behandling af den bedste kvalitet. Det er patientens rolle at lægge pres på sundhedsvæsenet, at skabe konkurrence, incitamenter og innovation samt at få systemet til at levere sit bedste i form af service, kvalitet, effektivitet og produktivitet. Der er således tale om et radikalt brud med den måde befolkningens krav og forventninger opfattes. I 1970'erne og 1980'erne blev de voksende forventninger til sundhedsvæsenets serviceniveau opfattet som et problem, der lagde et negativt pres på sundhedsvæsenet, og som derfor måtte holdes i ave. I 1990'erne opfattes befolkningens forventninger og krav i stedet som et positivt pres, der kan være med til at skabe et bedre sundhedsvæsen. I den sammenhæng er der desuden tale om et brud med den tidligere forståelse af udgiftsstyring. I 1970'erne og 1980'erne blev befolkningens ønsker til fx serviceniveau anset for noget, der pressede udgifterne i vejret. Fra starten af 1990'erne og frem anses befolkningens og brugernes ønsker som noget, der kan føre til mere økonomisk rationel drift.

I konstruktionen af den krævende patient spiller patientinformation igen en helt uundværlig rolle. Men informationens hovedformål er ikke længere i så høj grad at opdrage og undervise individet, men i stedet at informere individet om ventetidsgarantier og -statistik,

---

<sup>28</sup> At bedømme ud fra økonomiaftalerne synes bruddet at foregå omkring regeringsskiftet i 1993. Idet den socialdemokratiske regering kommer til magten, begynder retorikken om udgiftspolitikken for alvor at vende. Regeringens første økonomiaftale er aftalen for 1994.

<sup>29</sup> Det er imidlertid værd at bemærke, at forebyggelse ikke forsvinder som et vigtigt indsatsområde. I slutningen af 1990'erne og frem synes fokuset på forebyggelse, bl.a. ved folkesundhedsprogrammet fra 1999, endda at blive styrket.

kvalitetsdokumentation, dets rettigheder i forhold til fx frit valg osv. Dette sker via fx oplysningskampagner, skriftligt informationsmateriale, patientvejledere og patientkontorer. Målet er at skabe aktører med individuelle præferencer. Og som før beskrevet går informationsstrømmen ikke kun fra sundhedsvæsen til borger/patient, men også den anden vej. Brugen af brugerundersøgelser er stærkt stigende som en konkret måde, hvorved patienterne bidrager til sundhedssektorens udvikling.

Det skift, der sker i starten af 1990'erne, betyder, at patientens konstitueres på en ny måde. Selvom der i 1980'erne ses få optræk til, at patientens holdninger og oplevelser bliver vigtigere, så er det først i starten af 1990'erne, at patienten for alvor får en stemme. Nu opstår idealet om patienten som en krævende forbruger med individuelle præferencer. Som den samfundsøkonomiske patient tildeles også den krævende forbruger primært to roller:

Med et fornyet fokus på fx ventetidsreduktion, frit valg og brugerundersøgelser konstitueres patienten *for det første* som en beslutningstager, hvis rolle det er at stille krav til sundhedssektoren ved fx at kræve hurtig behandling af høj kvalitet. Patienten betragtes som en forbruger, der forventer sig ordentlig service – og som har muligheden for at gå andre steder hen, hvis denne forventning ikke bliver imødekommet. Denne konstitution af patienten kan som før beskrevet ses som en respons på et sundhedspolitisk ønske om at skabe et mere konkurrencedygtigt, brugerorienteret og omstillingsparat sundhedsvæsen, som i højere grad end tidligere er i stand til at reflektere patientkrav. Således bliver patienternes forventninger, præferencer og valg helt uundværlige i forhold til at lægge pres på sundhedsvæsenet. Forventninger og krav som beskrevet gået fra at være et problem, som skulle minimeres til at være en *løsning*, som via et 'positivt pres' på sundhedssektoren kan skabe konkurrencedygtighed og effektivitet.

*For det andet* forventes patienten i stigende grad at blive inddraget i beslutninger vedrørende behandling og pleje, at deltage i egen behandling samt at deltage i organiseringen af sundhedsvæsenet. På nogle områder er der tale om en kvantitativ udvikling siden 1970'erne og 1980'erne, hvor der som beskrevet også var tendenser, der pegede mod en mere aktiv patient fx i forhold til varetagelse af pleje og behandlingsopgaver. Disse tendenser bliver forstærket væsentligt i 1990'erne og frem, hvor patientens egne evner og kompetencer i stigende grad kommer i fokus – fx via patientuddannelser. Men der sker også kvalitative ændringer i patientens deltagelsesformer, idet idealet ikke længere er 'den modtagende patient', som reagerer på sundhedsvæsenet opfordringer, men derimod den kompetente og velinformerede patient, som kræver individuel behandling. Desuden er der via fx brugerundersøgelser et langt større fokus på patienttilfredshed og på patientens oplevelser af behandlingen og pleje.

Samlet kan det siges, at idealet om den krævende forbruger konstituerer patienten som et handlende subjekt med individuelle referencer. Patienterne forventes at kunne agere, kræve, vælge, deltage, stille spørgsmål, holde sig velinformerede mm på egen hånd. De anses som

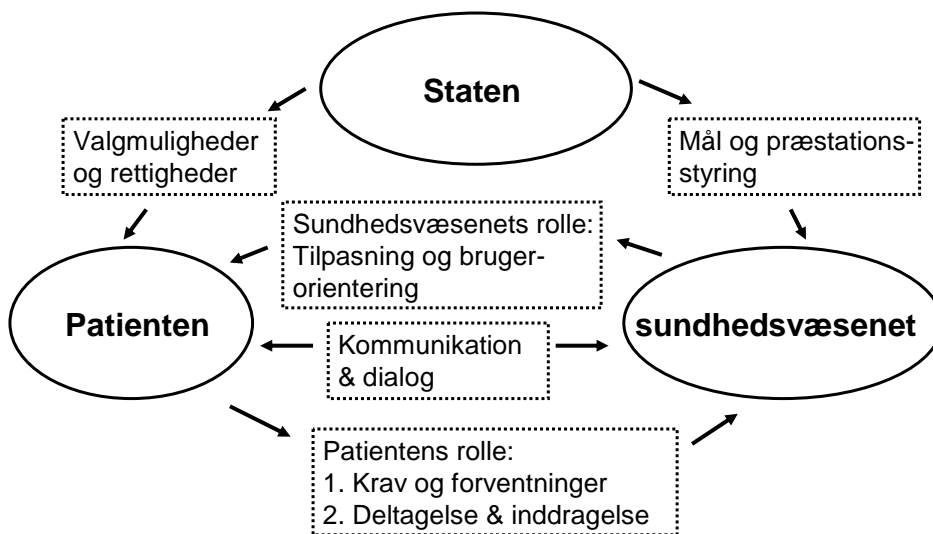
kompetente forbrugere, der er i stand til at navigere i forhold til informationsstrømme og handle i forhold til individuelle præferencer.

Relationen mellem stat, sundhedsvæsen og patient er dermed stærkt forandret. Oplysnings- og opdragelsestankegangen fra 1970'erne og 1980'erne er blevet erstattet af en kommunikations- og dialogbaseret tankegang, hvor patientens stemme får stigende betydning. Desuden bevirker patientens nye rolle, som den der lægger et positivt pres på sundhedsvæsenet via sine præferencer og valg, at styrkeforholdet yderligere ændres i retning af en lang mere symmetrisk relation mellem patienten og sundhedsvæsenet.

Det skal desuden bemærkes, at der synes at være sket en opsplitning mellem stat og sundhedsvæsen forstået på den måde, at staten i stigende grad, bl.a. via indførelse af markedsorienterede styringsmekanismer, lægger pres på sundhedsvæsenet. Det er netop denne opsplitning som konstituerer patienten i sin position som den, der via sine valg og præferencer kan lægge pres på sundhedsvæsenet. Staten og sundhedsvæsenets relation til patienten har således forskelligartet karakter. For staten er patienten et styringsinstrument, som kan benyttes til at presse sundhedsvæsenet ved at skabe en række centraliserede tiltag (såsom frit valg og ventetidsgarantier). Dette gøres ved at tildele patienten rettigheder og valgmuligheder. For sundhedsvæsenet bliver patienten en faktor, som man i stigende grad må tage hensyn til i planlægning og organisering, og som desuden fratager sektoren noget af dens selvbestemmelse.

Den nedenstående figur illustrerer forholdet mellem patient, sundhedsvæsen og stat. Idealet om den krævende forbruger konstituerer på den ene side patientens rolle som den, der lægger pres på sundhedsvæsenet via krav, præferencer og valg og på den anden side som den, der forventer sig deltagelse og inddragelse i både behandling og organisering af sundhedsvæsenet. Heroverfor er det sundhedsvæsenets rolle at skabe et tilpasningsdygtigt og brugerorienteret sundhedsvæsen. Staten understøtter konstitutionen af den krævende forbruger ved at tildele patienten valgmuligheder og rettigheder samtidigt med, at staten i stigende grad står bag en mål- og præstationsstyring af sundhedsvæsenet.

Figur 2: Den krævende forbruger (1993-2006)

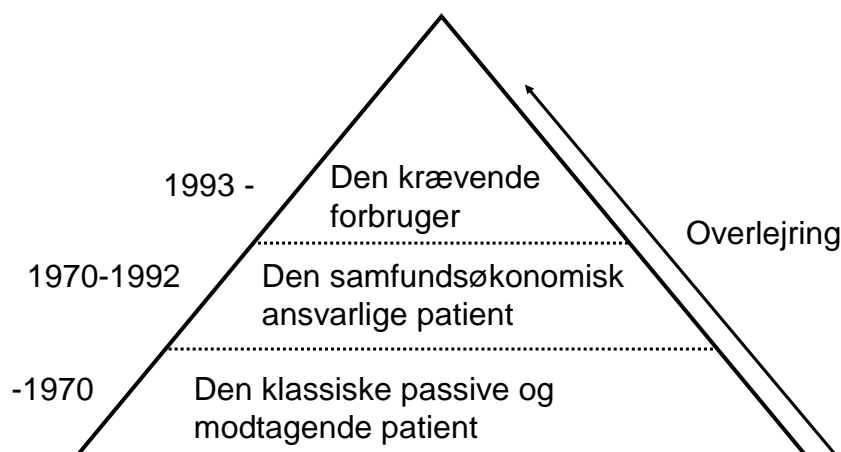


Som det fremgår af det ovenstående har den samfundsøkonomisk ansvarlige patient og den krævende forbruger det tilfælles, at de i høj grad opstår som svar eller løsninger på policy problemer. Når patienten skal tage vare på sig selv er det således først og fremmest for at aflaste sundhedsvæsenet og tilsvarende, når patienten tildeles rettigheder såsom frit valg og behandlingsgaranti er det primært for at skabe nye incitamentsstrukturer i sundhedssektoren. Patienten som aktør og subjekt bliver således et styringsmiddel til at skabe nogle politisk set ønskede effekter – i stedet for et mål i sig selv.

### Overlejring af patientforestillinger

Figuren nedenfor viser de tre patientforestillinger: den klassiske passive og modtagende patient, den samfundsøkonomisk ansvarlige patient samt den krævende forbruger. Desuden er det vist, hvornår disse forestillinger var dominerende. Det skal imidlertid bemærkes, at selvom en forestilling på et givet tidspunkt er dominerende, så eksisterer de andre forestillinger stadig blot i mindre udstrækning. Det findes således i dag stadig referencer til både den klassiske og den ansvarlige patient. Man kan sige, at der sker en overlejring af patientforestillingerne, som ikke bevirker, at de fuldstændigt afløser hinanden, men at de bygger ovenpå hinanden.

Figur 3: De tre patientforestillinger: den klassiske, den ansvarlige og den krævende.



### Institutionaliseringen af patientforestillingerne

I det følgende afsnit besvares rapportens tredje og sidste underspørgsmål, som omhandler, hvorvidt der sker en institutionalisering af de patientforestillinger, der optræder i den sundhedspolitiske diskurshistorie. Som før beskrevet kan man tale om to forskellige former for institutionalisering. Den ene form omhandler, hvorvidt patientforestillingerne er blevet indlejret i den gældende sundhedspolitiske diskurs i en sådan grad, at de optræder i beskrivelserne af de konkrete sundhedspolitiske kontekster, og ikke blot som idealer fx i de mere overordnede beskrivelser af sundhedsvæsenet. Den anden form for institutionalisering omhandler, hvorvidt patientforestillingerne er blevet ført ind i de sundhedspolitiske initiativer, dvs. om forestillingerne rækker ud over diskursen. Økonomiaftalerne er brugbare som et første skridt i retningen af at identificere en institutionalisering. Den skyldes, at aftalerne er så forholdsvis nøgne og præcise i forhold til det sundhedspolitiske indhold, at de er gode indikatorer for, hvorvidt patientforestillingerne er blevet indlejret i den konkrete politik – i forhold til sprogbrug og særligt i forhold til de konkrete sundhedspolitiske initiativer. Dog skal det bemærkes, at aftalerne kun kan udpege en retning og på ingen måder er en fyldestgørende analyse af patientforestillingernes institutionalisering eller mangel på samme.

### Institutionalisering af idealet om den samfundsøkonomisk ansvarlige patient (1970-1992)

Institutionaliseringen af idealet om den samfundsøkonomisk ansvarlige patient synes så godt som fraværende i den konkrete sundhedspolitik. I økonomiaftalerne for 1980 til 1994 har vi udelukkende at gøre med den passive og objektgjorte patient. Kun i en kort henvisning til ventetider i aftalerne for 1987 og 1988 er der tegn på patientens kommende betydning. Ser man

på de øvrige dokumenter fra denne tid, synes patienten på samme måde at være forholdsvis fraværende, når de konkrete politiske indsatsområder diskuteres.

Ser man nærmere på idealet om den ansvarlige patient, og de egenskaber og forventninger som knyttes til det, kommer det ikke som en overraskelse, at patientforestillingen er fraværende i de konkrete sundhedspolitiske kontekster og initiativer. Patientens subjektposition, og de mere konkrete forventninger denne involverer, resulterer som beskrevet i et bestemt styrkeforhold mellem patienten og andre positioner i den sundhedspolitiske diskurs. Patienten har til opgave at følge 'eksperternes' råd, og relationen er i høj grad præget af mistillid til patientens evne til, uden hjælp, at tage vare på sig selv. Når relationen mellem politikere, professionelle og andre væsentlige aktører på den ene side overfor patienterne på den anden er asymmetrisk, ligger forestillingen om den passive og objektgjorte patient lige for.

### **Institutionalisering af idealet om den krævende forbruger (1993-2006)**

Vendes blikket mod idealet om den krævende forbruger, har relationen mellem de sundhedsprofessionelle og patienten som før beskrevet ændret sig væsentligt. Nu går kravene og informationen begge veje, patienten opfattes i stigende grad som et subjekt og som en aktør, og relationen er således på mange måder blevet mere symmetrisk.

I spørgsmålet om institutionaliseringsgraden kommer denne ændring til udtryk ved, at patienten i højere grad dukker op i de konkrete sundhedspolitiske kontekster og initiativer, men det er diskutabelt, i hvor høj grad patienten institutionaliseres som en aktør i forhold til sundhedsvæsenets styring og organisering. I økonomiaftalerne for 1994 til 1999 begynder patienten indirekte at dukke op i de initiativer, der aftales, fx i forbindelse med servicemål, patientinformation og ventetider. Sundhedsvæsenet er således blevet mere orienteret mod patienten, men patienten synes stadig først og fremmest at blive betragtet som det objekt, sundhedsvæsenets skal organiseres omkring, frem for som en reel aktør i den sundhedspolitiske styring. I forhold til frit valg synes patientens aktørstatus dog at blive fastslået. I aftalerne for 2000 til 2006 italesættes patienten oftere end i de tidligere aftaler. Desuden er det først her, at brugervurderinger og -undersøgelser dukker op som aftalestof. Opsummerende kan det siges, at idealet om den krævende forbruger er blevet indlejret i sundhedspolitikken i den forstand, at fx brugervurderinger og -krav samt patienternes valgfrihed er blevet centrale sundhedspolitiske indsatsområder. Alligevel er det tydeligt, at patienten som sundhedspolitisk aktør kun langsomt efter 2000 begynder at udfordre de klassiske sundhedspolitiske aktører.

På baggrund af analysen af økonomiaftalerne er konklusionen således, at de patientforestillinger, som optræder i den sundhedspolitiske diskurshistorie, kun i et begrænset omfang bevæger sig ud over diskursen til de konkrete sundhedspolitiske tiltag. Særligt synes den samfundsøkonomisk ansvarlige patient fra 1970'erne og 1980'erne først og fremmest at finde diskursivt udtryk, mens forestillingen om den krævende forbruger i højere grad, om end stadig i begrænset omfang, er at finde i de konkrete sundhedspolitiske tiltag.

Med analysen af økonomiaftalerne er en første afsøgning af institutionaliseringsspørgsmålet foretaget. Som før nævnt er der mange andre veje til at afsøge, hvorvidt patientforestillingerne er blevet institutionaliseret. Det vil fx være muligt at se på lovgivningen. Selvom der ikke er tradition for meget lovgivning på sundhedsområdet, er der alligevel områder, såsom frit valg, selvbestemmelse (fx informeret samtykke), patientsikkerhed mm som er lovgivningsreguleret<sup>30</sup>. Det vil desuden være muligt at vende blikket mod nogle af de områder, hvor konkrete initiativer bliver implementeret. Et af disse er IT, hvor ændrede definitioner af patienten uundværligt får betydning for udformningen og implementeringen af de konkrete IT systemer<sup>31</sup>. Herudover kan man se nærmere på nogle af de konkrete tiltag, som særligt siden 2000 er dukket op med den deltagende patient i centrum – såsom patientuddannelser og patientkontorer. Dette kan med fordel blive omdrejningspunkt for kommende undersøgelser af patientens udvikling.

### **Konkluderende bemærkninger**

Nærværende undersøgelse har fokuseret på gennemgående temaer og diskursive brud i patientens diskurshistorie. Det er blevet vist, at patienten bliver reartikuleret som en vigtig figur i den sundhedspolitiske debat allerede i midten af 1970'erne, og at patienten er blevet tilskrevet ansvar og aktørstatus i forskelligt omfang lige siden. Dog finder der et vigtigt brud sted i starten af 1990'erne, som markerer et skift mellem det, vi har valgt at kalde den samfundsøkonomisk ansvarlige patient og den krævende forbruger. Førstnævnte position opstår i midten af 1970'erne som en løsning på et problem som omhandler især udgiftskontrol i sundhedssektoren. Via forebyggelse, opdragelse og oplysning konstitueres den ideelle patient, som den der for det første ikke forventer sig for meget af sundhedsvæsenet og for det andet passer på sit helbred – begge dele for at trække så lidt som muligt på sundhedsvæsenet. Heroverfor opstår den krævende forbruger i starten af 1990'erne som en løsning på et anderledes politisk problem, nemlig ønsket om at skabe et tilpasningsdygtigt og serviceorienteret sundhedsvæsen. Via en øget brugerorientering konstitueres den ideelle patient

---

<sup>30</sup> Senest er en del love blevet samlet under den nye sundhedslov, LBK nr. 95 af 07/02/2008. Her findes blandt meget andet lovgivning omhandleret informeret samtykke, aktindsigt, patientkontorer, frit og udvidet frit sygehusvalg, maksimale ventetider for behandling af livstruende sygdomme, patientsikkerhed mm.

<sup>31</sup> Et eksempel på dette er den *Nationale IT-strategi for sundhedsvæsenet* fra 2003, hvor borgeren/patienten i høj grad træder i centrum, som aktiv og deltagende fx i forhold til egen behandling: "Omdrejningspunktet er patientens indflydelse på egen behandling og egenomsorg" (Indenrigs- og sundhedsministeriet 2003:16). Og senere: "Ud over at styrke borgernes adgang til generel sundhedsinformation m.v. giver IT en række muligheder for at give borgerne/patienterne øget indflydelse og at være mere aktive i egen behandling" (Indenrigs- og sundhedsministeriet 2003:17). Dette afspejler sig i IT systemerne, som i stigende grad er udformet, så borgerne har let adgang til information om fx valgmuligheder og ventetider, mulighed for elektronisk at bestille tid, konsultere lægen mm, adgang til personlig sundhedsprofil samt mulighed for at give oplysninger på den offentlige sundhedsportal, adgang til egne journaloplysninger i EPJ, mulighed for diabetikere for at indtaste blodsukkerdata, som lægen kan holde løbende øje med mm.



nu som den, der via individuelle valg og præferencer lægger et positivt pres på sundhedssektoren samt som den, der deltager aktiv i såvel behandling som organisering af sundhedssektoren.

Ser man på institutionaliseringen af disse idealer i forhold til, hvorvidt de rækker ud over diskursen og implementeres i de konkrete sundhedspolitiske tiltag, så synes en første afsøgning at tyde på, at der er tale om en ujævn institutionalisering. Patientforestillingen om den socialøkonomisk ansvarlige patient giver kun i meget begrænset omfang genlyd i de sundhedspolitiske initiativer, mens den krævende forbruger viser sig i tiltag omhandlende fx valgmuligheder og brugerundersøgelser: Dog antager patienten stadig ikke aktørstatus på linje med sundhedsvæsenets klassiske aktører. Figuren nedenfor opsummerer kort disse af rapportens vigtigste konklusioner.

*Figur 4: Udvikling af patientforestillinger i den politiske diskurshistorie fra 1970-2006*

	1970-1992	1993-2006
<b>Policy-problemet</b>	Udgiftskontrol og prioritering	Tilpasning og serviceorientering
<b>Løsningen</b>	Fokus på forebyggelse og opdragelse	Skabelse af et brugerorienteret system
<b>Patienten – som ideal</b>	'Den socialøkonomisk ansvarlige patient': <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ansvarlighed/Realistiske krav til sundhedsvæsenet</li> <li>• Egenomsorg</li> </ul>	'Den krævende forbruger': <ul style="list-style-type: none"> <li>• Individuelle krav, præferencer og valg</li> <li>• Aktiv inddragelse/deltagelse</li> </ul>
<b>Institutionalisering af patientforestillingen</b>	Patienten optræder først og fremmest som passiv og objektgjort	Fokus på krav og valg – men aktør på linje med sundhedsvæsenets klassiske aktører

## Litteraturliste

### Kilder

Amtsrådsforeningen (1995): "Aftale om amternes økonomi i 1996", Aftale mellem regeringen og Amtsrådsforeningen om amternes økonomi i 1996

Amtsrådsforeningen (1997): "Aftale om amternes økonomi i 1997" Aftale mellem regeringen og Amtsrådsforeningen om amternes økonomi i 1997

Amtsrådsforeningen (1997): "Aftale om amternes økonomi i 1998", Aftale mellem regeringen og Amtsrådsforeningen om amternes økonomi i 1998

Amtsrådsforeningen (1998): "Aftale om amternes økonomi i 1999", Aftale mellem regeringen og Amtsrådsforeningen om amternes økonomi i 1999

Amtsrådsforeningen (1999): "Aftale om amternes økonomi i 2000", Aftale mellem regeringen og Amtsrådsforeningen om amternes økonomi i 2000

Amtsrådsforeningen (2000): "Aftale om amternes økonomi i 2001", Aftale mellem regeringen og Amtsrådsforeningen om amternes økonomi i 2001

Amtsrådsforeningen (2001): "Aftale om amternes økonomi i 2002", Aftale mellem regeringen og Amtsrådsforeningen om amternes økonomi i 2002

Amtsrådsforeningen (2002): "Aftale om amternes økonomi i 2003", Aftale mellem regeringen og Amtsrådsforeningen om amternes økonomi i 2003

Amtsrådsforeningen (2003): "Aftale om amternes økonomi i 2004", Aftale mellem regeringen og Amtsrådsforeningen om amternes økonomi i 2004

Amtsrådsforeningen (2004): "Amternes økonomi 2005", Regeringen og Amtsrådsforeningen

Amtsrådsforeningen (2005): "Amternes økonomi 2006", Regeringen og Amtsrådsforeningen

Indenrigsministeriet (1977): *Betænkning om grundlaget for en overordnet prioritering af indsatsen inden for sygehusbehandling og sygdomsforebyggelse*, Sundhedsprioriteringsudvalget, Betænkning nr. 809, København

Indenrigsministeriet (1984): *Sygehusenes organisation og økonomi: Betænkning fra Indenrigsministeriets produktivitetsudvalg*, København

Indenrigsministeriet (1985): *Samordning i sundhedsvæsenet: Betænkning fra det af Indenrigsministeriet nedsatte Samordningsudvalg for sundhedsvæsenet*, Betænkning nr. 1044, København

Indenrigsministeriet (1986): *Praksissektorens organisation: Betænkning afgivet af Indenrigsministeriets udvalg vedrørende praksissektorens organisation*, Betænkning nr. 1080, København

Indenrigsministeriet (1987): *Amtskommunalt udgiftspres og styringsmuligheder: Betænkning fra det af Indenrigsministeren nedsatte udvalg om amtskommunalt udgiftspres og styringsmuligheder*, Lotz-betænkningen, Betænkning nr. 1123, København

Indenrigsministeriet (1987): "Cirkulærebekræftelse om den kommunale økonomi i 1987 og 1988 og forudsætningerne for den kommunale budgetlægning for 1988" i *Den kommunale økonomi: skøn 1987-1988-1989*

Indenrigsministeriet (1988): "Aftale mellem regeringen og Amtsrådsforeningen om udgifter og skatteudskrivning i 1989"

Indenrigsministeriet (1989): *Aftaler og henstillinger vedr. den kommunale økonomi i 1980'erne*, Statens informationstjeneste, København

Indenrigsministeriet (1989): "Henstilling vedrørende amtskommunernes budgetter for 1990", København

Indenrigsministeriet (1990): "Aftale mellem regeringen og Amtsrådsforeningen om den amtskommunale økonomi" i *Den kommunale økonomi: skøn 1989-1990-1991*

Indenrigsministeriet (1991): "Aftale mellem regeringen og Amtsrådsforeningen om amternes økonomi 1992 til 1994" i *Den kommunale økonomi: skøn 1990-1991-1992*

Indenrigsministeriet (1992): "Udmøntning i 1993 af aftalen mellem regeringen og Amtsrådsforeningen om amternes økonomi 1992-1994" i *Den kommunale økonomi: skøn 1991-1992-1993*

Indenrigsministeriet (1993): "Amternes økonomi i 1994" i *Den kommunale økonomi: skøn 1992-1993-1994*

Indenrigsministeriet (1994): "Aftale om amternes økonomi i 1995" i *Den kommunale økonomi: skøn 1993-1994-1995*

Indenrigs- og sundhedsministeriet (2003): *National IT-strategi for sundhedsvæsenet 2003-2007*, København

Indenrigs- og sundhedsministeriet (2004a): *Strukturkommissionens betænkning: Sammenfatning*, Betænkning nr. 1434, København

Indenrigs- og sundhedsministeriet (2004b): *Strukturkommissionens betænkning: Bind I: Hovedbetænkning*, Betænkning nr. 1434, København

Indenrigs- og sundhedsministeriet (2004c): *Strukturkommissionens betænkning: Bind III: Bilag - Sektorkapitler*, Betænkning nr. 1434, København

Indenrigsministeriet og Sundhedsstyrelsen (1985a): *Sundhed for alle i år 2000: WHO's sundhedspolitiske mål for Europa – En dansk introduktion*, Komiteen for Sundhedsoplysning, København

PPI (1971): *Perspektivplanlægning 1970-1985: Redegørelse fra den af regeringen i november 1968 nedsatte arbejdsgruppe*, Schultz, København

PPII (1973): *Perspektivplan-redegørelse 1972-1987*, Statens Trykningskontor, København

Regeringen (1994): *Patienten i centrum – oplæg til et bedre sundhedsvæsen*, d. 23. marts 1994

Socialministeriet (1988): *Borgeren mellem kommune og sygehus – Rapport fra arbejdsgruppen nedsat af Socialministeren om samarbejde mellem kommuner og amtskommuner, herunder praktiserende læger og sygehuse, vedrørende indlæggelse og udskrivning af patienter, der har behov for kommunale foranstaltninger*, Sikon, København

Sundhedsministeriet (1994): *Rapport fra Udvalget vedrørende sygehusvæsenets økonomi*, Statens Information, København

Sundhedsministeriet (1996): *En analyse af sygehuskapaciteten i hovedstadsområdet: Delbetænkning fra Sygehuskommissionen*, Betænkning nr. 1324, København

Sundhedsministeriet (1997): *Udfordringer i sygehusvæsenet: Betænkning fra Sygehuskommissionen*, Betænkning 1329, København

Sundhedsministeriet (1999): *Regeringens oplæg til strategi for sygehuspolitikken 2000-2002*, København

Sundhedsministeriet (2000): *Sundhedspolitisk redegørelse 2000*, København

Sundhedsstyrelsen (1993): *National strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet*, København

Sundhedsstyrelsen (2002): *National strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet – fælles mål og handleplan fra 2002-2006*, udarbejdet af Det nationale råd for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet, København

### Øvrig litteratur

Andersen, Niels Åkerstrøm (1995): *Selvskabt forvaltning – Forvaltningspolitikken og centralforvaltningens udvikling i Danmark 1900-1994*, Nyt fra Samfundsvidenskaberne, København

Andersen, Niels Åkerstrøm (1999): *Diskursive analysestrategier: Foucault, Koselleck, Laclau, Luhmann*, Nyt fra samfundsvidenskaberne, København

Bentsen, Eva Zeuthen (2000): *Sygehusledelse i Danmark – Trojkamodellens opståen, spredning og funktion*, Nyt fra samfundsvidenskaberne, København

Du Gay, Paul & Graeme Salaman (1992): "The Cult[ure] of the Customer" i *Journal and Management* 29:5

Foucault, Michel (2005): *Vidensarkæologien*, (1969), Forlaget Philosophia, Århus

Gottweis, H. (1998): *Governing Molecules: The Discursive Politics of Genetic Engineering in Europe and in the United States*, Mass: MIT Press, Cambridge

Kjær, Peter (2008): "Institutional History" i Peter Nedergaard & John Campell (red.): *Institutions and Politics – Festschrift in honour of Ove K. Pedersen*, DJØF Publishing, København

Neumann, Ivar B. (1999): "Diskursanalyse av politikk: Forutsetninger og metodeproblemer" i *Statsvetenskaplig Tidsskrift* 102 (2): 163-182.

Nordgren, Lars (2003): *Från patient till kund: Intåget av marknadstänkande i sjukvården och förskjutningen av patientens position*, Lund Business Press, Lund

Parsons, Talcot (1964): "The Professions and Social Structure" i T. Parsons: *Essays in Sociological Theory*, (1951), The Free Press, New York

Pedersen, Kjeld Møller (2005): *Sundhedspolitik – beslutningsgrundlag, beslutningstagen og beslutninger i sundhedsvæsenet*, Syddansk universitetsforlag, Odense

Salomonsen, Heidi (2005): "Centraladministrationens rolle i reformeringen og styringen af den danske sundhedssektor" Paper præsenteret på NFF Konference i Århus, August 2005

Torjesen, Dag Olaf & Haldor Byrkjeflot (2007): "When Disease is Being Priced: The Translation of the American DRG System to the hospital sectors in Norway and Denmark", Paper præsenteret på 2<sup>nd</sup> Nordic Workshop on Health Management and Organisation.

Vallgård, Signild & Allan Krasnik (2007): *Sundhedsvæsen og sundhedspolitik*, Munksgaard, København

Vrangbæk, Karsten (1999): *Markedsorientering i sygehussektoren. Opkomst, udformning og konsekvenser af frit sygehusvalg*, Ph.D.-afhandling, Københavns Universitet, Institut for Statskundskab, Licentiatserien.

Vrangbæk, Karsten (2002): *Sygehusproblematikkerne: Stormfuldt farvand og muligheder for kursskifte*, Det Danske Forvaltningsakademi, København