

Signild Vallgård

SUNDHEDSPOLITIK TEORIER OG ANALYSER



Munksgaard

Vil du vide, når der udkommer en bog inden for dit fag- og interesseområde?
Så tilmeld dig vores nyhedsbrev på munksgaard.dk



SUNDHEDSPOLITIK – TEORIER OG ANALYSER

I. udgave, 1. oplag

© forfatteren og Munksgaard, København 2013

Forlagsredaktør: Martin Tofth

Manuskriptredaktør: Anne Sofie Steens

E-mail: forlaget@munksgaard.dk

munksgaard.dk

Omslag: Harvey Macaulay/Imperiet

Grafisk tilrettelæggelse og sats: Lymfi

Tryk: Livonia Print

Printed in Latvia 2013

ISBN 978-87-628-1242-0

Kopiering fra denne bog kan kun finde sted på institutioner eller virksomheder, der har indgået aftale med Copydan, og kun inden for de rammer, der er nævnt i aftalen.



INDHOLDSFORTEGNELSE

Forord	11
Om forfatteren	14
Kapitel 1: Skabelsen af politiske problemer	15
Problemdefinitioner	16
Hvordan kan man analysere problemdefinitioner?	17
Årsagsforklaringer	17
Årsag, ansvar og skyld	18
Hvem ejer problemerne?	18
Løsninger	19
Legitimitet eller begrundelse	19
Man ser, hvad man måler, og omvendt	20
Kategoriseringer	21
Kontinuitet og grænser	22
Homogenitet og heterogenitet	23
Kategorier og årsager	23
Kategorier bliver 'naturlige'	24
Hvorfor opstår kategorier?	24
Kategoriseringens sociale effekter	25
Gradient eller eksklusion og dikotomi	26
Risikogrupper og målgrupper	27
Diskurser og tankestile	28
Diskursteori	28
Ludwik Fleck: Tankekollektiver og tankestile	29
Sammenfatning	30
Referencer	31

Kapitel 2: Politisk retorik	35
Retoriske virkemidler	35
Etos, patos og logos	36
Stil og genre	38
Metaforer	38
Sammenligninger	39
Historiebrug	40
Klassifikation og generalisering	40
Symbolpolitik	40
Ord og begreber	41
Eufemismer og dysfemismer	42
Dobbeltydelighed	42
Semantiske kampe	43
Sammenfatning	43
Referencer	45
Kapitel 3: Politiske ideologier og sundhedspolitik	47
Liberalisme	48
Individets autonomi og skadesprincippet	48
Klassisk liberalisme	50
Neoliberalisme eller økonomisk liberalisme	51
Moderne liberalisme	52
Utilitarisme	53
Lighed	53
Offentlige goder	54
Negativ og positiv frihed	54
Konservatisme	55
Socialkonservatisme	57
Socialisme	58
Republikanisme og kommunitarisme	60
Republikanisme	60
Kommunitarisme	61
Andre ideologiske retninger	64
Populisme	64
Feminisme	65
Sammenfatning	67
Referencer	68

Kapitel 4: Velfærdsstatspolitikker og medborgerskab	71
Historiske spor	72
Velfærdsstatspolitikker	73
Rettighed og tildeling	74
Brugerbetaling	75
Fordele og ulemper ved de forskellige modeller	75
Finansieringen	75
Omkostninger	76
Omfordeling og udligning	76
Stigmatisering eller anerkendelse	77
Effekter på sundheden	77
Medborgerskab	78
Forskellige former for medborgerskab	79
Eksklusion og marginalisering	80
Sammenfatning	81
Referencer	82
Kapitel 5: Formning af politiske valg	85
Rational choice	85
Funktionalisme	87
Institutionalisme	87
Normativ institutionalisme	90
Historisk institutionalisme	91
Sporafhængighed	92
Tilfældighedens rolle i dagsordensættelse og beslutningsprocesser	95
Forandringer	98
Forandringsforklaringer	98
Tidsperspektivet i forandringer	99
Parallelle forandringer	100
Sammenfatning	101
Referencer	103
Kapitel 6: Forskning og politik	105
En lang historie	105
Den lineære sammenhæng mellem forskning og politik	106
Evidensbaseret politik	107

Den lineære models gennemslag	109
Selektiv brug af forskning	110
Oplysningsmodellen	111
Forskning bruges ikke altid	112
Samproduktion af forskning og politik	113
Sammenfatning	116
Referencer	117
Kapitel 7: Sammenligninger i sundhedspolitik	119
Sammenligninger i politisk debat og politikudvikling	119
Sammenligninger som retorisk virkemiddel	119
Lærdom og inspiration	120
National og lokal prestige eller stolthed	122
Sammenligninger i sundhedspolitiske analyser	122
Sammenligninger som middel til at se det selvfølge	123
Årsagsforklaringer	124
Fejlkilder i sammenligninger	125
Er det, man sammenligner, tilstrækkeligt ens?	125
Monokausale forklaringer	125
Kontekstens betydning	125
Sprog og andre kulturelle fænomeners betydning	126
Sammenfatning	126
Referencer	127
Kapitel 8: Det danske sundhedspolitiske system	129
Demokrati	129
Stemmeret og valgbarhed i Danmark	131
Den parlamentariske styringskæde	131
Hvad skal besluttes af hvem?	133
Politiske institutioner	134
Folketinget	134
Regering	138
Sundhedsministeriet	140
Regionsråd	141
Kommunalbestyrelser	142
Lovgrundlag	142
Politiske aktører	143

Politiske partier	144
Forvaltning og embedsmænd	145
Kommunernes Landsforening og Danske Regioner	146
Interesseorganisationer	146
Medier	151
Opinionsundersøgelse	151
Ekspertes	152
Sammenfatning	152
Referencer	153
Kapitel 9: Sundhedspolitiske problemstillinger før og nu	155
Sundhedspolitikken tager form i 1700- og 1800-tallet	156
Påvirkning fra andre sektorer efter 1930	157
1930-60: Centralisering, specialisering og lighedsideal	158
1960'erne: Vækst og planlægning	160
1970'erne og 1980'erne: Opbremsning, kontroverser, forebyggelse	160
1990'erne og 2000'erne: Markedsmekanismer og økonomien som privilegeret vidensform	161
Nogle nyere sundhedspolitiske emner	162
Voksende offentlig styring af borgerne	165
Rettidig omsorg eller utidig indblanding	165
Referencer	167
Stikordsregister	169

Kapitel 9 SUNDHEDSPOLITISKE PROBLEMSTILLINGER FØR OG NU

Dette kapitel handler om nogle af de sundhedspolitiske spørgsmål, som danske politikere og fagfolk har været optaget af gennem tiderne, især siden 1930'erne og med hovedvægten på det seneste årti. Hvorfor skal man overhovedet kende noget til sundhedspolitikens historie? En god grund er, at det kan give et ståsted for refleksion i forhold til nutidens politik. Når andre problemdefinitioner og løsninger tidligere har været på dagsordenen, kunne nutidens sundhedspolitik måske også være anderledes. Et historisk perspektiv kan gøre én opmærksom på, at samfundets udviklingsretning kan ændres. Den danske sundhedspolitik har skiftet fokus flere gange og vil sikkert gøre det igen. Man vil også bedre kunne forstå, hvad der sker i dag, når man kender den historiske baggrund. Det gælder ikke mindst i forhold til den måde, sundhedsvæsenet er organiseret på. Derimod er det mere tvivlsomt, om man kan lære af (det, man måtte se som) fortidens fejltagelser, så man undgår at gentage dem.

Det har været karakteristisk for sundhedspolitikken, at dagsordener er skiftet, selv om de politiske spørgsmål, der har optaget politikere og fagfolk, ikke nødvendigvis er blevet løst. Problemer forsvinder eller omdefineres, og nye dukker op. I disse skift ses ofte en påvirkning fra andre politikområder, fra erhvervslivet og fra andre lande mht. de problemer, politikerne identificerer, og de løsninger, de foreslår. F.eks. fokuserede man i 1950'erne inden for sygehusområdet, men også i resten af den offentlige sektor og i industrien, på specialisering og mekanisering. I 1960'erne var planlægning i fokus, og i 1990'erne professionel ledelse.

Siden 1970'erne er der sket en forandring i den sundhedspolitiske debat og rådgivning og i forhold til hvilke aktører, der opfattes som eksperter på

sundhedsområdet. Lægerne har gradvis mistet deres særstatus, og eksper-trollen er i stigende grad blevet overtaget af økonomer. Argumenter som henviser til økonomisk nytte af forskellige forslag har dog været fremført, også af læger, i hvert fald siden 1930'erne (1).

Et markant træk ved indholdet i sundhedspolitikken har været en kolossal vækst i det offentlige aktiviteter på sundhedsområdet. Væksten giver sig udtryk i en stor stigning dels i sundhedsvæsenets aktiviteter og udgifter og dels i myndighedernes bestræbelser på at påvirke borgernes adfærd og leve-kår, så de undgår at blive syge. Forebyggelse og sundhedsfremme omfatter stadig flere mennesker og stadig flere områder af disse menneskers liv.

Sundhedspolitikken tager form i 1700- og 1800-tallet

I løbet af 1700-tallet begyndte myndighederne for alvor at interessere sig for civilbefolkningens sundhed. Tidligere var det hovedsageligt soldaternes helbred, der fik opmærksomhed. En undtagelse var smitsomme sygdomme, som myndighederne søgte at begrænse med karantæneforanstaltninger og isolation, som det f.eks. skete med spedalske i Skt. Jørgens gårde.

Nye politiske ideer om, at befolkningens størrelse og flid var afgørende for et lands rigdom, vandt indpas i det 18. århundrede. En forudsætning for en stor, rask og flittig befolkning var, at mennesker overlevede, og at de var raske. Børnedødeligheden var meget høj. I 1840'erne døde næsten en fjerdedel af børnene, før de blev fem år gamle. Ideerne om, at en sund befolkning var forudsætningen for nationens fremgang, førte til en udbygning af jordemodervæsenet og af sygdomsbehandlingen, især af de smitsomt syge, og til forskellige sygdomsforebyggende tiltag.

Dansk sundhedspolitik var allerede fra 1700-tallet karakteriseret ved, at det offentlige, staten, amter, købstæder og sogne, spillede en stor rolle ved opbygningen og finansieringen af sygehuse, og uddannelse og ansættelse af læger, jordemødre etc. I 1800-tallet fortsatte denne udvikling, og stadig flere samfundsområder blev reguleret, bl.a. for at forhindre, at mennesker blev syge. Det gjaldt arbejdsmiljøet, boligerne, fødevarerproduktionen, vandforsyningen, kloakeringen etc. Læger og andre søgte desuden at opdrage befolkningen til en sundere levevis. I første omgang var de offentligt finansierede ydelser rettet mod de fattige og mod uddannelse af sundheds-personer, men i løbet af 1900-tallets første halvdel blev også mere velstillede borgere medlemmer af sygekasserne og begyndte at benytte sygehuse. Systemet blev således gradvist universelt.

Jo mere sundhedsvæsenet og fattigvæsenet blev udbygget, jo mere gjorde myndighederne for, at borgerne ikke skulle få brug for disse institutioner, både gennem sygdomsforebyggelse og -behandling.

Sundhedspolitikken var ikke genstand for mange kontroverser. Tilsyneladende kunne liberale, konservative og fra slutningen af 1800-tallet også socialdemokratiske synspunkter forenes på dette område, om end ud fra forskellige idealer om velgørenhed eller solidaritet og i ønsket om en rask og produktiv befolkning, der ikke belastede de offentlige kasser (1-3).

Påvirkning fra andre sektorer efter 1930

“Som den tekniske udvikling har nødvendiggjort store investeringer i landbruget til malkemaskiner, traktorer m.m. for at sikre mejeribrugets og agerbrugets højeste ydeevne, sådan også i sygehuse for at producere genvundet helbred og arbejdsevne.” Medicinaldirektør Johannes Frandsen, 1956 (4).

“[Produktivitetsudvalget skal] benytte de erfaringer, der findes i erhvervslivet for at finde metoder til forbedringer af produktiviteten i sygehusvæsenet.” Indenrigsministeriets produktivitetsudvalg, 1984 (5).

“På Hvidovre Hospital har man købt et britisk hospitalskoncept, der blandt andet handler om at finde tidsrøvere, så der bliver mere tid til patienterne. ... Konceptet er udviklet i bilindustrien, hvor målet var at samle bilerne hurtigere.” borsen.dk, 25. september 2011 (set 1. august 2012).

Som ovenstående citater illustrerer, har sundhedspolitikken været påvirket af andre sektorer og andre landes sundhedspolitik, både når det gælder den overordnede styring og de mere konkrete tiltag. Den japanske bilindustri har været storleverandør af metoder, der er brugt i andre landes offentlige sektorer, f.eks. kvalitetssikring, *Total Quality Management* og *lean management*, hvor man arbejder med at forenkle arbejdsgange, jager tidsrøvere etc. Også metoder som akkreditering og indførelse af ISO-standarder, der i dag bruges overalt i sundhedsvæsenet, er først udviklet i andre samfundssektorer. De er det, Kingdon kalder *pet solutions*, løsningsmodeller, som søges anvendt i mange sammenhænge (se kapitel 5).

Når man søger at styre et sygehus på samme måde som industriel produktion, kan det skabe en (problematisk) forestilling om, at man i pleje og behandling af patienter kan bruge samme metoder som i produktionen af forbrugsgoder, f.eks. fjernsyn. Efter anden verdenskrig fik Danmark og andre europæiske lande økonomisk hjælp fra USA i form af Marshall-planen. Med den fulgte den såkaldte taylorisme, dvs. ideer om, hvordan man gennem tidsstudier kunne kortlægge arbejdet i industrien og på det grundlag tilrettelægge arbejdet mere rationelt, især ved øget arbejdsdeling (1, 6). Disse ideer vandt også indpas i sygehusvæsenet, og der blev lavet tidsstudier af sygeplejerskernes arbejde: "Grundlaget for (rationaliserings)afdelingens arbejde er stort set overført fra industriens arbejdsstudier, men modificeret efter de specielle forhold, der gør sig gældende på et sygehus" (7).

Et andet eksempel på inspiration fra erhvervslivet er 1990'ernes indførelse af kvalitetsudvikling, hvor man gennem opstilling af kriterier og standarder stræbte mod at opnå akkreditering. Metoder til kvalitetskontrol og -udvikling blev udviklet i procesindustrien, og da de først var introduceret, blev de også taget i brug i sundhedsvæsenet, hvor de var med til at gøre kvalitet til et højt prioriteret område. Eksemplet viser, at løsninger (kvalitetsudviklingsmetoderne) kan være med til at skabe problemer (kvalitet). Uddeling af såkaldte *smileys* eller – som i England – stjerner til sygehuse og afdelinger er også en metode, der først er blevet anvendt i andre sektorer og siden overført til sundhedsvæsenet.

Som det vil fremgå af de følgende afsnit, har sundhedsområdets også hentet inspiration til overordnede mål og styringsmetoder fra andre sektorer.

1930-60: Centralisering, specialisering og lighedsideal

I 1932, hvor der var 166 sygehuse i Danmark, lancerede Johannes Frandsen, som var medicinaldirektør fra 1927 til 1961, en politik, der gik ud på, at sygehuse skulle være færre, men mere specialiserede. Frem til slutningen af 1920'erne var sygehuse vokset i antal, men i 1930'erne vendte denne udvikling, og man begyndte at nedlægge sygehuse. Til gengæld voksede antallet af specialafdelinger hurtigt. Dette var således resultatet af en bevist politik, hvor øget centralisering og specialisering blev set som midler til forbedret behandling. Samme ideer gjorde sig også gældende i andre lande, bl.a. Sverige, og i andre samfundssektorer. Både centralisering og specialisering har siden stået højt på den politiske dagsorden og har mødt

større eller mindre modstand. En anden målsætning, der blev formuleret i 1930'erne, gik på at reducere indlæggelsestiden, som dengang i gennemsnit var en måned. Også det var en politik, der fik gennemslag. Indlæggelsestiden er faldet støt lige siden og er i dag under fire dage (1).

Specialiseringen gav som sagt anledning til modstand, især blandt praktiserende læger, og kritikken minder om den, man kan høre i dag. Ifølge en praktiserende læge, så tog man med specialiseringen af læger ikke hensyn til mennesket som helhed, "den sjælelige og legemlige Enhed, ethvert Menneske nu engang er" (8). Et andet problem var, ifølge kritikerne, at specialisterne ikke fik øje på de problemer, der faldt uden for deres eget speciale. Endelig mente mange dengang, ligesom i dag, at de fleste patienter ikke har brug for højt specialiseret behandling. De sjældne tilfælde fik lov til at præge sygehuspolitikken, mente man (1).

Begrundelserne for specialiseringen og dermed centraliseringen var, at lægevidenskaben havde udviklet sig på en sådan måde, at disse ændringer blev opfattet som nødvendige: "Lægevidenskabens og Lægekunstens Udvikling har nødvendiggjort en Udspecialisering af Lægegeringen"⁹. Denne argumentation havde to betydningsfulde elementer. For det første blev der henvist til en udvikling, der syntes at ligge uden for politikernes og andres påvirkningsmuligheder. For det andet var det en udvikling, som lægerne syntes at være de eneste, der rigtig kunne forstå. Det var også hovedsagelig læger, som deltog i den sundhedspolitiske debat i denne periode (1).

Den første sygehuslov kom i 1946. I den blev det slået fast, at borgernes lige adgang til sundhedsvæsenets ydelser skulle være et princip. Dengang handlede det mest om lighed i geografisk forstand, om end man næppe forestillede sig, at beboerne på Anholt skulle have lige så let adgang til sygehuse som f.eks. aarhusianerne. Med sociallovene fra begyndelsen af 1930'erne blev en stadig større del af befolkningen medlem af sygekasser, og på den måde blev gratis eller næsten gratis sygehusbehandling noget, de fleste havde mulighed for.⁹ Adgangen til sundhedsvæsenet var blevet universel. Ideal om lighed i adgang og universalisme kan således inden for sundhedsvæsenet i hvert fald spores tilbage til midten af 1900-tallet.

⁹ Sygekasserne var oprindelig organisationer, som medlemmerne betalte en ugentlig afgift til for ved sygdom at have ret til penge og lægehjælp. De blev ofte støttet af mere velhavende borgere. Fra 1890'erne fik de statsstøtte. I begyndelsen var det kun borgere med en indtægt under et vist niveau, som kunne være medlemmer af statsunderstøttede sygekasser.

1960'erne: Vækst og planlægning

1960'erne og de første år af 1970'erne var præget af en stor stigning i sundhedsudgifterne. Sygehusene fik tildelt langt de fleste ressourcer, og forebyggelse blev ikke ofret megen politisk opmærksomhed.

Tiltroen var meget stor til, at man gennem planlægning kunne sikre en hensigtsmæssig samfundsudvikling. Der blev udarbejdet planer for mange samfundsområder, f.eks. fysisk planlægning, hvor landet blev opdelt i by- og landzoner, uddannelsesplanlægning og sidst i 1960'erne sygehusplanlægning. Det er et eksempel på, at løsninger, her planlægning, klumper sig sammen og bruges samtidig på forskellige samfundsområder (10). Planlægningsiveren finder man også i andre vestlige lande. Allerede i 1950'erne blev der udarbejdet sygehusplaner i Storbritannien og Sverige.

Planlægningsredskabet er ikke forladt, men det har spillet en mindre fremtrædende rolle i den sundhedspolitiske debat efter 1960'erne. Lægerne forventedes dengang at have den viden, der var relevant for at lave planer på sygehusområdet. Deres særlige autoritet blev dog efterhånden anfægtet, og det var fra begyndelsen af 1970'erne ikke længere en selvfølge, at de skulle høres ved forandringer i sundhedsvæsenet.

Den store vækst i især sygehusvæsenet var formelt set et resultat af politiske beslutninger. Nogle politikere hævdede, at de ikke oplevede, at de havde noget valg. Det udsagn kan ses som en måde at fralægge sig ansvaret på.

1970'erne og 1980'erne: Opbremsning, kontroverser, forebyggelse

I 1970 publiceredes en såkaldt perspektivplan (11), der indeholdt forudsigelser om en fortsat stor stigning i det offentlige udgifter. Reaktionen på disse forudsigelser, som blev forstærket af den økonomiske opbremsning i kølvandet på oliekrisen i 1973, var en betydelig politisk nyorientering i sundhedspolitikken. Også andre samfundsforandringer og kritikken af autoriteter, af sider af den tekniske udvikling m.m. bidrog til denne ændring. Indtil da havde sundhedspolitikken stort set været et konsensusområde, og forskellene i partiernes sundhedspolitik var små, men nu begyndte partierne at formulere deres egen politik på området, og forskellene blev større og dermed også i det små et middel til at profilere partiet.

Det var selvfølgelig ikke nyt, at der blev prioriteret i sundhedsvæsenet, men nu blev emnet diskuteret mere åbent. Mange politikere søgte efter muligheder for at begrænse udgiftsstigningerne. Indenrigsministeren nedsatte et prioriteringsudvalg, der i sin rapport fra 1977 (12) foreslog, at der skulle

satses mere på den primære sundhedssektor og på forebyggelse. Antallet af praktiserende læger begyndte at stige efter at have været ret stabilt i årtierne efter anden verdenskrig, hvor stort set hele væksten var sket inden for sygehusvæsenet. Siden 1989 har skiftende regeringer publiceret forebyggelses- eller folkesundhedsprogrammer som et tegn på, at man, i det mindste i ord, prioriterer forebyggelsesarbejdet.

Det var også i denne periode, at de første private sygehuse, med kommercielle mål, blev etableret. Det gav anledning til en del kontroverser, hvor især venstrefløjen i Folketinget var kritisk over for det, den så som en trussel mod den solidariske velfærdsstatspolitik.

Fra 1980'erne begyndte politikere og andre, inspireret af lignende tendenser i det private erhvervsliv, at fokusere på ledelsens rolle på sygehusene. F.eks. kom et regeringsnedsat udvalg, som skulle se på produktiviteten i sundhedsvæsenet, i 1984 med en række forslag til ændrede ledelsesformer (5).

Gradvis blev akademikere med samfundsvidenskabelig uddannelse ansat i ledende funktioner på sygehusene, hvilket en del læger var kritiske over for. Det indebar både, at lægerne fik mindre indflydelse, og at økonomiske hensyn oftere blev fremhævet. Kritikerne talte om en DJØF'icering af sygehusvæsenet.

1990'erne og 2000'erne: Markedsmekanismer og økonomien som privilegeret vidensform

Sundhedspolitiske spørgsmål er kommet langt højere på den politiske dagsorden i løbet af de sidste tyve år. Sundhedsvæsenet, og til dels forebyggelsen, er områder, hvor de fleste politikere er parate til at bruge flere ressourcer. Efter at udgifterne til sundhedsvæsenet var steget meget beskedent i 1980'erne, begyndte politikerne igen at bevilge større beløb til sundhedsvæsenet. I 2000'erne steg de offentlige sundhedsudgifter med 30 % i faste priser.

Prioritering blev i løbet af 1990'erne genstand for eksplicit diskussion, og mange politikere, embedsmænd og forskere, både i Danmark og i andre lande, beskæftigede sig med at udvikle modeller for, hvordan man kunne sikre, at man kun benyttede effektive behandlinger, at man brugte de billigste behandlinger, og at behandlingerne kom de mest syge til gode. I dag er der stort set ingen i Danmark, der arbejder med prioriteringsmodeller. Ikke fordi man mener, at modellerne har løst problemerne, snarere fordi andre emner har vundet kampen om den sundhedspolitiske dagsorden, f.eks. ventetider, valgfrihed og kvalitet. Man kan sige, at politikerne med vente-

tidsgarantierne faktisk prioriterede patienter, der stod for at skulle behandles med elektiv kirurgi, over akut syge patienter, dvs. mange af de patienter, som blev behandlet på medicinske og psykiatriske afdelinger. Disse beslutninger blev imidlertid ikke formuleret som prioriteringsvalg. I de seneste år er prioriteringsdiskussionen atter kommet på dagsordenen, og mange politikere siger f.eks., at de vil gøre mere for de psykisk syge.

Selv om det, som vist, ikke er et nyt fænomen, at man inden for sundhedspolitikken hentede inspiration fra det private erhvervsliv, blev det endnu tydeligere fra 1990'erne. Politikerne vendte blikket mod den private sektor for at finde nye og bedre metoder. *New Public Management* er en styringsmodel, som i ret forskellige former blev indført i den offentlige sektor i mange vestlige lande. I *New Public Management* er en central tanke, at brug af markedslignende mekanismer i den offentlige sektor vil give en større effektivitet i opgaveløsningen. Det handler bl.a. om konkurrence, valgfrihed, økonomiske incitamenter som aktivitetsbaseret finansiering og om at se sygehusafdelinger som selvstændige økonomiske enheder. Borgerne bliver ofte omtalt som kunder, og patienternes tilfredshed bliver undersøgt. Ligesom i den private sektor bliver der lagt stor vægt på ledelsens rolle.

Lægernes status som dem, der havde den største kompetence som rådgivere i sundhedspolitiske spørgsmål, blev yderligere svækket. Dels spillede økonomer en stadig større rolle som leverandører af viden og legitimering af forskellige tiltag, dels begyndte andre sundhedsprofessioner at gøre sig mere gældende. Det var især sygeplejerskerne, der førte en bevidst politik for at få indflydelse og være med til at sætte den politiske dagsorden. Andre interesseorganisationer som patientforeninger og industrien, især lægemiddelindustrien, blev også mere synlige.

Nogle nyere sundhedspolitiske emner

I de seneste år har debatten om sundhedspolitik blandt andet handlet om emner, der vedrører sundhedsvæsenets udgifter, brugerbetaling, brugen af private sygehuse, privat sygesikring og borgernes rettigheder. Indholdet i debatten skitseres i de følgende afsnit.

Nedskæringsdiskurs på trods af vækst

Siden slutningen af 1970'erne har man i den politiske debat jævnlig talt om nedskæringer i sundhedsvæsenet. Samlet set har nedskæringer dog kun fundet sted i en kort periode i slutningen af 1980'erne. Det er rigtigt, at vis-

se områder har oplevet reduktioner, men samtidig er andre inden for sektoren vokset betragteligt. Fra 1990'erne er sundhedsudgifterne vokset støt og markant. Når der alligevel ofte tales om – og opleves – nedskæringer, skyldes det formentlig en kombination af faktorer. Der er de stadig voksende forventninger til sundhedsvæsenets ydelser og mulige tilbud både hos patienter og ansatte. Antallet af ydelser er ligeledes vokset markant. I 2001-09 voksede antallet af indlæggelser med 18 %, operationer med 40 % og ambulante besøg med 35 % (13). Dette er et fænomen, som man også ser i andre velfærdssektorer: Forbedringer bliver hurtigt hverdag, og mennesker forventer stadige forbedringer i behandlingstilbud og service.

De store stigninger i bevillingerne til sundhedsvæsenet har ikke været genstand for nævneværdige politiske diskussioner, selv om der har været uenighed om prioriteringer mellem patienter på venteliste, især til elektiv kirurgi, og medicinske og psykiatriske patienter.

Brugerbetaling

Borgerne skal ikke betale for brug af praktiserende læge, speciallæger og sygehuse, men de skal betale en andel af udgifterne til tandlæge, fysioterapi, lægemidler mv. Det er i de senere år hyppigt blevet diskuteret, om der skulle indføres delvis brugerbetaling på besøg hos praktiserende læger. Argumenterne for brugerbetalingen er dels, at det kan begrænse unødigt brug af sundhedsvæsenet, og dels, at det kan give ressourcer, som bl.a. kan bruges til at reducere brugerbetalingen på andre områder. Det fremhæves ofte, at det er historiske tilfældigheder, der gør, at der er brugerbetaling på visse områder, f.eks. briller, men ikke andre, f.eks. høreapparater. Argumenterne imod brugerbetaling er hovedsagelig, at det vil ramme økonomisk svage og de mest syge, og at det kan føre til større social ulighed i sundhed, hvis borgere med lave indkomster fravælger lægebesøg. Det er de mest liberale partier, som går ind for brugerbetaling, og de mere velfærdsstatsorienterede, både på højre- og venstrefløjen, som er imod.

Private sygehuse

Private sygehuse kan være finansierede enten af brugerne, ofte ved hjælp af private forsikringer, eller af regionerne, som betaler sygehusene for at varetage nogle af de sygehusopgaver, regionerne er forpligtede til at løse. Private sygehuse har været genstand for mange kontroverser, også længe før de spillede nogen egentlig rolle i sundhedsvæsenet.

En grund til, at de private sygehuse giver anledning til så stærke reaktioner for og imod, er sandsynligvis, at de symboliserer frihed og markeds kræfter for mange liberale og ses som en trussel mod velfærdsstaten og solidariteten af socialdemokrater og socialister.

Statsstøtte til private forsikringer

Et andet emne, som var genstand for en del politisk uenighed i 2000'erne, var arbejdsgiveres mulighed for at trække udgifter til private sundhedsforsikringer til de ansatte fra i skat. Statstilskud og skattefradrag er økonomisk set det samme, begge dele går fra de offentlige kasser. Det er dog mindre synligt med skattefradragene, som aldrig når ind til staten.

Argumenterne for støtten til de private forsikringer var dels den valgfrihed, det gav borgerne, dels at det ville mindske belastningen på de offentlige sygehuse, når en del af patienterne kunne betale for deres egen behandling. Argumenterne imod var, at private forsikringer kunne underminere den brede opbakning og betalingsvilligheden til de offentlige sygehuse, at pengene gik fra det offentlige sundhedsvæsen, og at det var de i forvejen bedst stillede, der havde arbejdsgiverbetalte forsikringer. Med andre ord friheds- og markedsargumenter imod ligheds- og solidaritetsargumenter, eller liberale argumenter mod socialdemokratiske. Det skattefradrag, som den borgerlige regering indførte i 2002, blev afskaffet af den socialdemokratiske ledede regering fra 2012. Selv om fradragsretten afskaffedes, vil de private sygeforsikringer sandsynligvis blive ved med at spille en rolle. Der er lagt et spor, som ikke så let forlades, når mange har investeret penge og forventninger i det (se kapitel 5).

Garantier og rettigheder

I de sidste årtier af 1900-tallet blev der lagt større vægt på patienters autonomi og medbestemmelse. Dette var sikkert medvirkende til vedtagelsen af Lov om patienters retsstilling fra 1998. Ifølge den skulle patienter give samtykke til behandling, før den blev iværksat, og det skulle ske på baggrund af information. Her kan man se en påvirkning fra liberale ideer, der ikke mindst prægede den medicinske etik, hvor individets autonomi har fået en helt central værdi. Rettighedstænkning ligger også bag de behandlingsgarantier, som er udfærdiget dels for livstruende sygdomme og dels i form af udvidet frit sygehusvalg, hvor patienter kan vælge et privat sygehus, hvis de ikke bliver behandlet inden for et givet tidsrum.

Voksende offentlig styring af borgerne

Da indførelse af sundhedsplejersker blev diskuteret i Folketinget i 1937, var der modstand mod, at repræsentanter fra det offentlige skulle ringe på hos borgerne og træde ind i deres hjem, selv om formålet var at beskytte de nyfødte børn. Da forebyggende hjemmebesøg hos ældre blev diskuteret i 1997, var der ingen lignende indvendinger, selv om det her handlede om at hjælpe voksne, myndige borgere. Denne forskel illustrerer et skift i politikernes og sikkert også i befolkningens opfattelse af, hvad det er rimeligt og ønskeligt, at det offentlige tager sig af, når det handler om at gavne borgernes sundhed. Det kan også være udtryk for en ændret opfattelse af statens overordnede rolle, hvor den i dag i højere grad bliver set som en instans, der er til for at hjælpe borgeren, ikke for at styre og kontrollere.

Forebyggelse af sygdomme blev prioriteret højt i 1930'erne og 1940'erne, f.eks. blev de helbredsundersøgelser, der stadig tilbydes alle børn og gravide, indført da. I de følgende årtier var fokus stort set kun på sygdomsbehandling. Langsomt kom der fra 1970'erne igen en større politisk interesse for forebyggelse. Den afspejles bl.a. i prioriteringsudvalgets betænkning (5). Der blev publiceret forebyggelses- eller folkesundhedsprogrammer i 1989 (14), 1998 (15), 2002 (16) og 2009 (17). Tilsvarende programmer blev udgivet i andre vestlige lande. Dette er således også et område, hvor der er parallelle udviklinger og givetvis også påvirkninger. Allerede i 1984 udgav WHO Health for All by the Year 2000 (18).

Et fællestræk ved disse programmer er de overordnede mål: Flere leveår med bedre sundhed og mindre social ulighed i sundhed. Målene fortolkes og prioriteres dog forskelligt, og de midler, der peges på i programmerne, er ikke de samme (19, 20) (se kapitel 1 om problemdefinitioner). Social ulighed i sundhed kom på den politiske dagsorden i Danmark i midten af 1990'erne. Det var langt senere end i f.eks. England og Sverige. Det illustrerer, at politiske ideer ikke nødvendigvis vinder fodfæste samtidig eller med samme indhold i lande, der på andre områder ligner hinanden.

Rettidig omsorg eller utidig indblanding

De politiske modsætninger inden for forebyggelse og sundhedsfremme har i de senere år handlet meget om, hvor grænserne for statens eller det offentliges indsats skal gå. Hvor socialdemokrater, socialliberale og en del konservative ofte ser den offentlige sygdomsforebyggelse som rettidig omsorg, ser især neoliberal politikere, men i skiftende grad også klassisk liberale

politikere, sådanne aktiviteter som utidig og unødigt indblanding i den enkeltes forhold.

Set i et større tidsperspektiv, dvs. fra 1930'erne og frem, er der som sagt sket en ændring, sådan at holdningen er blevet mere positiv, når det kommer til de begrænsninger, det offentlige kan lægge på menneskers handlingsfrihed for at beskytte borgerne mod sundhedsskader – og sundhedsvæsenet mod udgifter. Der er indført hastighedsbegrænsninger for biler, lov om sikkerhedsseler og motorcykelhjelme, forbud mod spritkørsel, aldersgrænser for køb af tobak og alkohol og forbud mod rygning på en lang række steder. Dertil kommer afgifter og advarsler på en række sundhedsskadelige produkter. Nogle af begrænsningerne har givet anledning til politiske kontroverser, hvor det især var liberale politikere, som opfattede tiltagene som unødigt statslig indblanding, f.eks. lov om sikkerhedsseler og rygeforbud, men de accepteres efterhånden af de fleste.

En anden ændring er, at borgerne bliver tilbudt stadig flere former for vejledning fra sundhedspersonale, og at de eksisterende tilbud bliver udvidet. Samtidig med udvidelsen af f.eks. vejledningen til gravide og børnefamilier er tilbuddene gået fra at være ens for alle, dvs. universelle, til i højere grad at være behovsbestemte. Vejledningen kommer også i form af kampagner om, hvordan borgerne bør handle, som "6 om dagen", "30 minutter om dagen" etc.

Politikerne påtager sig således i dag et langt større ansvar for borgernes sundhed. Det gælder også borgernes levekår i form af boliger, fødevarer, kvalitet, arbejdsmiljø, veje, ydre miljø etc.

Referencer

1. Vallgård S. Sygehuse og sygehuspolitik i Danmark. Et bidrag til det specialiserede sygehusvæsenes historie 1930-1987. København: DJØF's forlag; 1992.
2. Vallgård S. Hospitals and the poor in Denmark, 1750-1880. *Scandinavian Journal of History*, 1989;13:95-105.
3. Vallgård S. Folkesundhed som politik. Danmark og Sverige 1930 til i dag. Aarhus: Aarhus Universitetsforlag; 2003.
4. Frandsen J. Sygebehandlingen. Amtsrådsforeningens Generalforsamling 30/6 1956.
5. Produktivitetsudvalget. Sygehusenes organisation og økonomi. Betænkning fra Indenrigsministeriets produktivitetsudvalg. København: Indenrigsministeriet; 1984.
6. Vikkelsø S, Vinge S. Optimeringsparadigmet og dets begrænsning. In: Vikkelsø S, Vinge S, eds. Hverdagens arbejde og organisering i sundhedsvæsenet. København: Handelshøjskolens Forlag; 2004.
7. Gredsted-Larsen W. Rationalisering på danske sygehuse. *Dansk teknisk tidsskrift*, 1954;78:310-11.
8. Bendix-Poulsen H. Store eller smaa Sygehuse. *Aalborg Amtstidende*, 1937 5. november 1937.
9. DADL. Betænkning I fra Hovebestyrelsen for den almindelige danske Lægeforening til det af Indenrigsministeriet nedsatte udvalg vedrørende Sygehusvæsenet. DADL: København; 1940.
10. Mucciaroni G. The garbage can model and the study of policy making: a critique. *Polity*, 1992;XXIV(3):489-522.
11. Arbejdsgruppe. Perspektivplanlægning 1970-1985. Redegørelse fra den af regeringen i november 1968 nedsatte arbejdsgruppe. København: J.H. Schultz forlag; 1970.
12. Prioriteringsudvalget. Prioritering i sundhedsvæsenet. Betænkning fra sundhedsprioriteringsudvalget. Betænkning 809. København: Statens Trykningskontor; 1977.
13. Sundheds- og Indenrigsministeriet. Sundhedsvæsenet i nationalt perspektiv. København. København: Sundheds- og Indenrigsministeriet; 2010.
14. Regeringen. Regeringens forebyggelsesprogram. Programdel. København: Sundhedsministeriet; 1989.
15. Regeringen. Regeringens folkesundhedsprogram 1999-2008. Et handlingsorienteret program for sundere rammer i hverdagen. København: Sundhedsministeriet; 1999.
16. Regeringen. Sund hele livet – de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10. København: Indenrigs- og sundhedsministeriet; 2002.
17. Regeringen. National handlingsplan for forebyggelse. Sundhedspakke 2009. København: Regeringen; 2009, 26-8.
18. WHO. Health for All by the Year 2000. Geneva: World Health Organisation; 1984.
19. Vallgård S. Social inequality in health: dichotomy or gradient? A comparative study of problematisations in national public health programmes. *Health policy*, 2008;85(1):71-82.
20. Vallgård S. Addressing individual behaviours and living conditions: Four Nordic public health policies. *Scandinavian Journal of Public Health*, 2011;39(6 suppl):6-10.