

## TEMANUMMER

## Den ustyrlige sundhed

### INDHOLD

- 3** Redaktionelt forord  
*Martin Marcussen*
- 6** Temareaktørens forord: Et robust, men fleksibelt sundhedssystem  
*Mickael Bech, Christian Bøtcher Jacobsen & Søren Rud Kristensen*
- 10** Befolkningsaldring og sundhedsudgifter i Danmark  
*Malene Kallestrup-Lamb, Alexander Overdal Kjærsgaard Marin & Jes Søgaard*
- 26** Hvilke jobs er attraktive for offentligt ansatte i det danske sundhedsvæsen?  
*Rune Godske Bachmann, Jacob Daugaard Kristensen & Christian Bøtcher Jacobsen*
- 44** Balancen mellem tradition og transcendens i hospitalssektoren – et interpretivistisk perspektiv på digitalisering  
*Benedicte Fleron*
- 61** Målkonflikter står i vejen for mindre ulighed i sundhed  
*Finn Diderichsen & Anna Paldam Folker*
- 73** Kan økonomiske incitamenter skabe og understøtte sammenhæng på tværs af sundhedsvæsenets aktører?  
*Thim Prætorius, Anne Sophie Oxholm, Eskild Klausen Fredslund, Mickael Bech & Søren Rud Kristensen*
- 87** Civilsamfundets bidrag til øget social lighed i sundhed  
*Karen Ingerslev & Kristina Louise Bliksted*
- Artikler uden for team**
- 101** Et demokratisk under? – Et essay i anledning af Jørgen Grønnegård Christensen: Embedsfolk, Djøf Forlag, 2024.  
*Tim Knudsen*
- 117** Danske byer i krigszonen. Guldborgsund Kommunes erfaringer med bysamarbejde i Ukraine  
*Martin Marcussen*
- Bog anmeldelser**
- 133** Kapitalisme og bæredygtig omstilling  
*Jeppe Læssøe*
- 139** Den forstenede grundlov  
*Tim Knudsen*
- 144** Abstract

## Redaktion og bestyrelse

Selskabet for Historie og Samfundsøkonomi, Formand:  
Professor Bent Greve, Institut for Samfund og Globalisering,  
Roskilde Universitetscenter

### Ansvarshavende redaktør

Professor Martin Marcussen, Institut for Statskundskab,  
Københavns Universitet, Øster Farimagsgade 5,  
Postboks 2099, 1014 København K,  
E-mail: mm@ifs.ku.dk

### Redaktionsudvalg

- Professor Bent Greve, Institut for Samfund og Globalisering,  
Roskilde Universitetscenter
- Adjunkt Wiebke Marie Junk, Institut for Statskundskab,  
Københavns Universitet
- Lektor Anne Mette Møller, Department of Organization,  
Copenhagen Business School
- Mogens Jin Pedersen, Institut for Statskundskab, Københavns Universitet
- Carina Saxlund Bischoff, institut for Samfundsvidenskab og Erhverv,  
Roskilde Universitetscenter

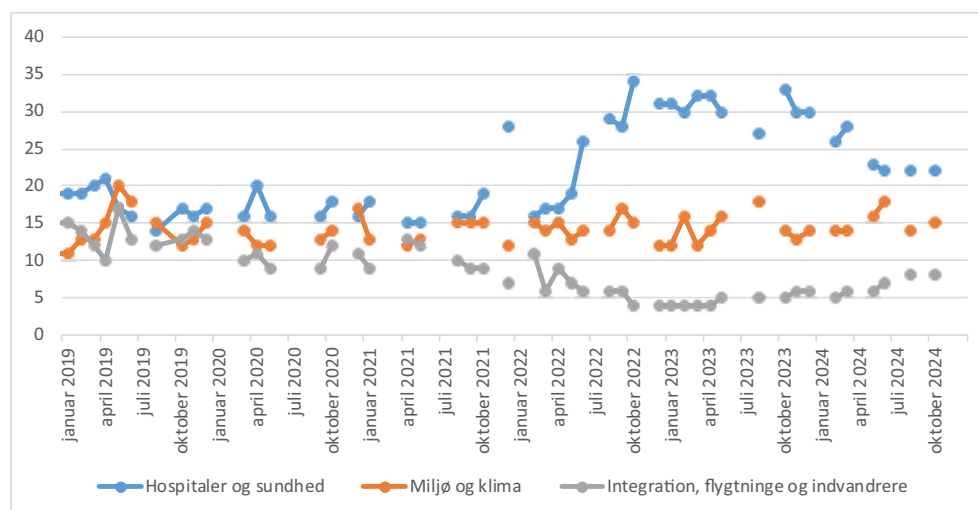
# Redaktionelt forord

Den ustyrlige sundhed

Politikerne er nødt til at forholde sig til sundhedsdagsordenen. Det er dét vælgerne vil have. Over de forløbne fem år har tre temaer domineret vælgerne dagsorden. På spørgsmålet om, hvilken politisk dagsorden vælgerne opfatter som den vigtigste, politikerne tager sig af, er svaret klart: politikerne skal tage sig af ”integrations-, flygtninge- og indvandrersproblematikken” og ”miljø- og klimaproblematikken”, men allermest skal politikerne løse de problemer, der er knyttet til ”hospitaller og sundhed”. Helt systematisk, men i særdeleshed siden sommeren 2022, er det den ustyrlige sundhed, som bekymrer vælgerne (figur 1).

**MARTIN MARCUSSEN**  
Ansvarshavende  
redaktør for  
Økonomi & Politik  
mm@ifs.ku.dk

Figur 1: Vælgerne vigtigste dagsordener, pct.



Kilde: <https://www.altinget.dk/artikel/saadan-staar-partier-politikere-og-vaelgere-her-er-de-nyeste-tal>, 7. oktober 2024

Der er mange ting at tage fat på. Det danske sundhedsvæsen er nemlig udfordret på flere parametre. Borgerne oplever ofte variation i de sundhedstilbud, som de har adgang til. Ligesom de kan risikere at opleve en manglende sammenhæng i deres forløb, fordi der ikke altid er en rød tråd i forløbet på tværs af forskellige sundhedsaktører. Derudover er det også uomtvisteligt, at der i fremtiden kommer flere borgere, der får brug for hjælp fra sundhedsvæsenet. Det udgør en udfordring for brugen af økonomiske og personalemæssige ressourcer. Der er en akut mangel på sygeplejersker, læger og andre sundhedsansatte, der er meget lange ventetider på en række operationer og desuden en nødlidende psykiatri.

Det er ikke planer om fremtidens sundhedsvæsen, det skorter på. I 2023 kom Robusthedskommissionen med anbefalinger til fremtidens sundhedsvæsen. Den så på, hvordan der sikres mere personale og mere tid til kerneopgaven i sundhedsvæsenet. Her handlede anbefalingerne blandt andet om, at flere skal tage ydervagter, flere skal op i tid, sygeplejersker skal overtage lægeopgaver, og flere ufaglærte skal hentes ind i et forsøg på at fastholde personale.

Også den såkaldte Lønstrukturkomité barslede med en rapport i 2023. Komiteen blev nedsat efter en mere end to måneder lang strejke blandt sygeplejerskerne i 2021. Den fik til opgave at analysere lønstrukturerne og lønudviklingen i den offentlige sektor. Den konkluderede overraskende, at sygeplejerskerne ikke er blandt de faggrupper, der har brug for at få højere løn.

Og så er der Sundhedsstrukturkommissionen, der offentliggjorde sin endelige analyse i 2024. Den blev nedsat for at reflektere over, hvordan sundhedsvæsenet skal indrettes under hensyntagen til de demografiske forandringer, hvor flere borgere forventes at få behov for pleje og behandling, fordi andelen af ældre borgere vil stige markant de kommende år.

I september 2024 følte SVM-regeringen sig så parat til at præsentere sit udspil til en sundhedsreform under overskriften ”Sundhed tæt på dig”.

Sundhed tæt på borgeren skulle først og fremmest sikres via en stærkere national styring af sundhedsvæsenet. Det skulle ske med en national sundhedsplan, en national folkesundhedslov, en national drifts- og udviklingsorganisation, et nationalt prioriteringsråd, et nationalt center for sundhedsinnovation og en national dataplatform for hele sundhedsvæsenet. Også antallet og fordelingen af læger i det almenmedicinske tilbud skal fastsættes nationalt. Hertil kommer, at der nationalt skal tages initiativ til at uddanne flere speciallæger i almen medicin, psykiatri, børne- og ungepsykiatri og geriatri. Det hele pakkes ind i en ny struktur, der blandt andet betyder, at der etableres en Region Østdanmark ved at samle Region Sjælland og Region Hovedstaden. Hertil kommer 17 nye lokale sundhedsråd med repræsentation fra regioner og kommuner.

Det er en omfattende plan. Dette temanummer af Økonomi & Politik, der er redigeret af Mickael Bech, Søren Rud Kristensen og Christian Bøtcher Jacobsen, sigter mod at belyse nogle af de mange udfordringer, som sundhedsvæsenet står over for, og ikke mindst præsentere perspektiver og potentielt løsninger på vejen mod et mere bæredygtigt og effektivt sundhedsvæsen.

Uden for tema offentliggøres to artikler. Den ene af disse går ind i en diskussion af, hvorvidt der i den senere tid kan observeres en tendens blandt forvaltningsforskere til at forskønne og forklejne de udfordringer, den danske embedsmandsstand står over for. Der argumenteres for, at hvis ikke engang de ledende forvaltningsforskere føler sig kaldet til at råbe vagt i gevær, så er der en fare for, at centraladministrationen stagnerer i selvtilfredshed. Den anden artikel kaster et blik på et nyt fænomen i udenrigspolitikken, nemlig det

forhold, at danske byer spiller en aktiv rolle i frontlinjen – endda i krigszoner.  
Det konkluderes, at bysamarbejder med Ukraine ikke er for alle og enhver.

*Martin Marcussen*

Ansvarshavende redaktør for Økonomi & Politik

# Et robust, men fleksibelt sundhedssystem

Den ustyrlige sundhed

Sundhedsvæsenet i Danmark står i en brydningstid, præget af fundamentale udfordringer og muligheder. Vi ser ind i en tid med færre på arbejdsmarkedet, flere med brug for sundhedsvæsenet, nye teknologier skal udvikles og indføres, og generelt stigende forventninger fra borgerne. Hvordan tilpasser vi vores sundhedsvæsen, så det kan imødekomme de krav og behov, som fremtidens samfund stiller, under hensyntagen til de begrænsede menneskelige, fysiske og økonomiske ressourcer? Denne problemstilling danner baggrunden for dette temanummer med overskriften ”Den ustyrlige sundhed”, hvor seks artikler belyser aspekter af disse udfordringer og præsenterer forskningsbaserede perspektiver på, hvordan vi kan opnå et mere bæredygtigt og effektivt sundhedsvæsen i Danmark. Dette temanummer søger at fremhæve nogle af de centrale problematikker og muligheder, som sundhedsvæsenet står overfor, og hvordan vi som samfund kan håndtere disse udfordringer gennem både politiske beslutninger, forskning og praksis.

➤ Dette temanummer søger at fremhæve nogle af de centrale problematikker og muligheder, som sundhedsvæsenet står overfor, og hvordan vi som samfund kan håndtere disse udfordringer gennem både politiske beslutninger, forskning og praksis

Temanummeret samler bidrag fra forskere og praktikere med et indgående kendskab til sundhedsvæsenets strukturer, økonomi og arbejdsmarked. Artiklerne spænder bredt fra diskussioner om aldringens indflydelse på sundhedsudgifterne til de økonomiske incitamenters potentiale for at skabe sammenhæng mellem sundhedssektorens mange aktører. Herunder gives en oversigt over de enkelte artiklers indhold og bidrag til debatten om det danske sundhedsvæsens fremtid.

Den første artikel af Malene Kallestrup-Lamb og kollegaer med titlen ”Befolkningsaldring og sundhedsudgifter i Danmark” fokuserer på de økonomiske konsekvenser af befolkningens aldring for sundhedsvæsenet. Artiklen problematiserer antagelsen om, at en aldrende befolkning automatisk fører til en eksponentiel stigning i sundhedsudgifterne. Gennem en dybdegående oversigt af resultater viser de, at selvom sundhedsudgifter stiger med alderen, er udgifterne koncentreret om de sidste leveår, uanset alder. Artiklen fremhæver, at en effektiv sundhedspolitik og en årvågen økonomisk forvaltning, som det

## MICKAEL BECH

Professor,  
Institut for Statskundskab,  
Syddansk Universitet,  
mibech@sam.sdu.dk

## CHRISTIAN BØTCHER JACOBSEN

Professor,  
Kong Frederiks Center for  
Offentlig Ledelse,  
Institut for Statskundskab,  
Aarhus Universitet,  
christianj@ps.au.dk

## SØREN RUD KRISTENSEN

Professor,  
Institut for Sundhedstjeneste-  
forskning,  
Syddansk Universitet,  
srkristensen@health.sdu.dk

danske sundhedsvæsen er kendt for, har været i stand til at holde udgifterne relativt stabile. Denne artikel danner således en vigtig ramme for at forstå, hvordan demografiske forandringer kan tackles uden nødvendigvis at føre til uoverstigelige stigninger i sundhedsudgifterne.

Rune Godske Bachmann og kollegaer leverer i den anden artikel med titlen ”Hvilke jobs er attraktive for danske offentligt ansatte (i sundhedsvæsenet)?” en vigtig undersøgelse af de jobegenskaber, der gør offentlige job, herunder i sundhedsvæsenet, attraktive. I lyset af den nuværende rekrutteringskrise, hvor det er svært at tiltrække og fastholde sundhedsfagligt personale, er denne artikel både aktuel og relevant. Gennem et conjointeksperiment, der inkluderer 1.292 offentligt ansatte, belyser artiklen, at løn, jobsikkerhed og udfordringer er de mest efterspurgte jobegenskaber. Artiklen peger på vigtige politiske tiltag, der kan gøres for at sikre tilknytning og rekruttering af medarbejdere til sundhedsvæsenet.

Benedicte Flerons artikel med titlen ”Balancen mellem tradition og transcendens i hospitalssektoren” kaster et kritisk lys på digitaliseringens rolle i hospitalssektoren og den komplekse balance mellem tradition og fornyelse. Gennem casen om Sundhedsplatformen analyserer artiklen de udfordringer, som opstår, når nye teknologier ikke stemmer overens med de sociale og kulturelle praksisser, de er tiltænkt at forbedre. Artiklen præsenterer en interpretivistisk analyse af, hvordan forskellige sociale grupper har forskellig forståelse af teknologiske forandringer, hvilket kan føre til en socioteknisk kløft. Digitaliseringens succes afhænger således ikke alene af dens teknologiske egenskaber, men i høj grad af, hvordan teknologien implementeres i praksis. Dette perspektiv åbner op for en nødvendig diskussion om, hvordan digital transformation kan ledes mere effektivt i sundhedsvæsenet.

Den fjerde artikel med titlen ”Målkonflikter står i vejen for mindre ulighed i sundhed”, skrevet af Finn Diderichsen og Anna Paldam Folker, adresserer det evigt aktuelle emne om social ulighed i sundhed. Gennem en grundig analyse af målkonflikter argumenterer forfatterne for, at mange af de problemer, der blokerer for en reduktion af ulighed i sundhed, skyldes implicite interesse- og målkonflikter. Artiklen sætter fokus på de politiske prioriteringer, der er nødvendige for at mindske uligheden. Denne artikel er central for diskussionen om retfærdighed og social lighed i det danske sundhedsvæsen og vil inspirere både forskere og politikere til at tænke over, hvordan strukturelle ændringer kan reducere de sundhedsmæssige uligheder i samfundet.

Artiklen af Thim Prætorius og kollegaer med titlen ”Kan økonomiske incitamentter skabe og understøtte sammenhæng på tværs af sundhedsvæsenets aktører?” undersøger, hvordan økonomiske incitamentter kan anvendes til at fremme sammenhæng i sundhedsvæsenet. Artiklen benytter principal-agent teorien til at analysere, hvordan forskellige aktører i sundhedsvæsenet kan motiveres til bedre samarbejde. Artiklen giver et overblik over den internationale forskning og diskuterer, hvordan denne viden kan anvendes i en dansk

kontekst for at sikre bedre sammenhæng i patientforløb. Det er en væsentlig diskussion i en tid, hvor der er et stigende behov for at sikre mere integrerede og effektive sundhedsforløb på tværs af sektorer.

Den afsluttende artikel af Karen Ingerslev og Kristina Louise Bliksted med titlen ”Civilsamfundets bidrag til øget social lighed i sundhed” fokuserer på civilsamfundets rolle i at mindske ulighed i sundhed. Gennem en model med fire typer af frivillighed undersøger artiklen, hvordan civilsamfundet kan bidrage til at skabe større lighed i sundhedsvæsenet. Artiklen problematiserer, om civilsamfundet er med til at opretholde sundhedsvæsenets nuværende struktur, eller om frivillige initiativer faktisk kan være med til at ændre den måde, sundhedsvæsenet fungerer på. Denne artikel bidrager til en nuanceret diskussion om civilsamfundets rolle i fremtidens sundhedsvæsen og de muligheder, der ligger i et tættere samarbejde mellem stat og civilsamfund.

**» Samlet set fremhæver temanummeret, at sundhedsvæsenets problemer ikke alene kan løses med teknologiske fremskridt eller økonomiske tilpasninger. Der er en fundamental kompleksitet i spil, hvor politiske, økonomiske, sociale og kulturelle faktorer væves tæt sammen og gensidigt påvirker hinanden**

De seks artikler udgør et mangfoldigt og dybdegående indblik i de udfordringer, muligheder og løsninger, der er nødvendige for at sikre et robust, bæredygtigt og fremtidssikret dansk sundhedsvæsen. Hver artikel repræsenterer et unikt perspektiv, men samlet set fremhæver de, at sundhedsvæsenets problemer ikke alene kan løses med teknologiske fremskridt eller økonomiske tilpasninger. Der er en fundamental kompleksitet i spil, hvor politiske, økonomiske, sociale og kulturelle faktorer væves tæt sammen og gensidigt påvirker hinanden.

Et gennemgående tema, vi står over for, er den aldrende befolkning, der medfører en øget efterspørgsel på sundhedsydelser, hvilket uundgåeligt lægger et pres på de offentlige udgifter og ressourcer. Samtidig peger flere af artiklerne på, at sundhedsvæsenet i stigende grad må tænkes som en integreret del af en større samfundsstruktur. Artiklerne peger på både økonomiske værktøjer, målkonflikter mellem sundhedsvæsenets centrale aktører og inddragelse af civilsamfundet og frivillige aktører for at skabe den sammenhæng, der efterspørges af næsten alle aktører i og omkring sundhedsvæsenet lige nu. Dette peger på en bredere forståelse af, at sundhedsvæsenets funktion ikke kan isoleres til de enkelte dele, og at der kan være et potentiale i øget samskabelse i fremtiden.

Den anden side af den aldrende befolkning er manglen på hænder i sundhedsvæsenet såvel som i resten af samfundet. Hvis vi ikke formår at håndtere denne udfordring, risikerer vi, at presset på de eksisterende medarbejdere bliver så stort, at kvaliteten af sundhedsydelserne forringes. Den anden arti-



kel peger direkte på betydningen af, at sundhedsvæsenet kan tilbyde attraktive arbejdspladser og på konkrete politiske værktøjer, der kan medvirke til at skabe et mere attraktivt arbejdsmarked for sundhedsprofessionelle. Flere af de andre artikler leverer også bidrag til denne udfordring. Når der kommer til at mangle ansatte i sundhedsvæsenet, blandt andet fordi flere går på pension, vil civilsamfundets rolle oplagt blive endnu mere markant. Frivillighed og civilsamfundsorganisationer kan tilbyde nye ressourcer og være med til at bygge bro mellem borgere, sektorer og skabe løsninger, der ellers kan være vanskelige at etablere. Endelig vil det være afgørende, at de mange forandrings tiltag, sundhedsvæsenet står over for, ikke skaber så stor frustration blandt de ansatte, at mange vælger at forlade sundhedsvæsenet.

Her er digitaliseringen et afgørende element i sundhedsvæsenets fremtid. Artiklen om balancen mellem tradition og transcendens i hospitalssektoren understreger, at teknologisk fornyelse ikke kan stå alene – den må implementeres med respekt for de sociale og kulturelle rammer, den indføres i. Teknologisk innovation skal gå hånd i hånd med en dybere forståelse af de mennesker, som teknologien er tiltænkt at hjælpe. Dette perspektiv er yderst relevant i en tid, hvor digitalisering ofte fremhæves som en mirakelkur for mange af sundhedsvæsenets problemer, men hvor implementeringen ofte har vist sig at være langt mere kompleks.

Endelig er det vigtigt at bemærke, at social ulighed i sundhed stadig er en stor udfordring i Danmark. Sundhedsvæsenets målkonflikter er velkendte, og det er oplagt i forlængelse af den fjerde artikel, at der er et markant behov for en mere målrettet og sammenhængende indsats for at reducere uligheden. På trods af mange gode intentioner og politiske løfter vokser sundhedsuligheden stadig, og det kræver en klarere forståelse af de underliggende målkonflikter, der blokerer for reelle forbedringer. Derudover peger artiklen om civilsamfundets rolle på netop frivillighedens potentiale i at række ud til de mest udsatte borgere og i mødet med mere ressourcestærke borgere at håndtere uligheden på nye måder.

Samlet set udgør disse seks artikler en vigtig vidensressource for forskere, beslutningstagere og praktikere, der er involveret i udviklingen af det danske sundhedsvæsen. De præsenterer hver især konkrete løsninger og perspektiver, der kan inspirere til videre forskning og politiske initiativer.

Dette temanummer inviterer derfor til en fortsat refleksion over, hvordan vi kan skabe et sundhedsvæsen, der ikke blot imødekommer de umiddelbare udfordringer, men som også formår at tænke langsigtet og bæredygtigt. Ved at samle eksperter fra forskellige discipliner og perspektiver håber vi, at dette temanummer kan inspirere til nye dialoger og initiativer, der kan sikre et sundhedsvæsen, som er robust nok til at modstå fremtidens pres, men samtidig fleksibelt nok til at tilpasse sig de mange nye udfordringer, der uden tvivl vil opstå.

*Mickael Bech, Christian Bøtcher Jacobsen & Søren Rud Kristensen*

# Befolkningsaldring og sundhedsudgifter i Danmark<sup>1</sup>

Den ustyrlige sundhed

*I løbet af de sidste 50 år har sundhedsudgifter udgjort en stigende andel af det globale forbrug, samtidig med at levetiden har været støt stigende, hvilket har vakt bekymring blandt økonomer, politikere og beslutningstagere. Denne artikel undersøger forskningen i aldersrelaterede sundhedsudgifter og de faktorer, der påvirker denne udvikling. Da sundhedsudgifter primært er koncentreret i de sidste leveår, fører befolkningsaldring ikke nødvendigvis til en betydelig stigning i udgifterne. Undtagelsen er dog ple-*

*jeudgifter, som stiger med alderen. Derudover viser litteraturen, at medicinsk teknologi og praksis, som især gavner ældre, også presser omkostningerne op. Trods bekymringer om stigende sundhedsudgifter i en aldrende befolkning er situationen i Danmark mindre alarmerende. Effektiv forvaltning af det danske sygesikringsystem og Finansministeriets årvågenhed har, bortset fra en midlertidig stigning under covid-19-pandemien, holdt sundhedsudgifterne stabile som en andel af bruttonationalproduktet.*

## Stigende sundhedsudgifter

Udgifter til sundhed og pleje udgør en betydelig andel af det samlede forbrug i lande verden over. I mange vestlige lande er andelen fordoblet fra omkring fem procent i 1970 til 10 procent frem mod 2019. Denne stigning i sundhedsudgifter har været et centralt politisk anliggende og rejst bekymringer. Befolkningsaldring er blevet udpeget som en af de primære faktorer bag denne udvikling. Dette skyldes delvist markante fald i dødelighedsraterne, der har resulteret i en stigende forventet levetid for befolkningen som helhed. Derudover når de store fødselsårge, den såkaldte babyboom-generation, nu alderstrin, der typisk er forbundet med et øget sundhedsbehov. I det seneste årti har vækstraterne i sundhedsudgifter som en andel af bruttonationalproduktet dog været tæt på nul procentpoint per år, mens der i lande som Danmark har været observeret et lille fald. Dette på trods af fortsat befolkningsaldring. Disse observationer rejser spørgsmålet om, hvorvidt befolkningsaldring medfører et øget sundhedsudgiftsforbrug.

➤ I lande som Danmark har vækstraterne i sundhedsudgifter som en andel af bruttonationalproduktet i det seneste årti faldet en smule. Dette på trods af fortsat befolkningsaldring. Denne observation rejser spørgsmålet om, hvorvidt befolkningsaldring overhovedet medfører et øget sundhedsudgiftsforbrug

Vi sammenfatter 40 års sundhedsøkonomisk forskning om, hvordan alder påvirker individers sundheds- og plejeudgifter. Der inkluderes litteratur fra

**MALENE KALLESTRUP-LAMB,**  
Associate Professor,  
Institut for Økonomi,  
Aarhus Universitet,  
mkallestrup@econ.au.dk

**ALEXANDER O.K. MARIN**  
Postdoc, CPop - The Interdisciplinary Centre on Population Dynamics, Syddansk Universitet,  
aokm@sam.sdu.dk

**JES SØGAARD**  
Professor emeritus  
CPop - The Interdisciplinary Centre on Population Dynamics, Syddansk Universitet,  
jsogaard@health.sdu.dk

vestlige lande, men dansk data og danske tidsskriftartikler modtager særlig opmærksomhed. Forskning har påvist flere samtidige og delvist modsatrettede mekanismer. For det første viser det sig, at sundhedsudgifter er koncentreret i de sidste leveår med kort tid til død. Dette gælder for død på ethvert alderstrin. Øget levetid kan derfor udskyde disse høje udgifter til et senere tidspunkt. I dansk litteratur omtales dette dæmpende fænomen af befolkningsaldring på sundhedsudgiftseffekten som ”sund aldring” (Arnberg og Bjørner, 2010), hvilket er tæt knyttet til *Red Herring*-hypotesen om distinktionen mellem alders- og tid til død-effekter (Zweifel o.a., 1999). De dæmpende effekter gælder særligt for hospitalsudgifter, i nogen grad for praksissektoren og medicin, mens plejeudgifter er undtagelsen. Alder, og ikke tid til død, er stærkest associeret med plejeudgifter, hvilket kan øge de samlede udgifter ved befolkningsaldring.

En anden vigtig mekanisme er den såkaldte aldersstejlning, som indebærer, at ældres sundhedsudgifter stiger hurtigere over tid end de yngres (Buchner og Wasem, 2006). Når befolkningsaldring bevirker store årgange af ældre, er disse vækstrater særligt alarmerende, da flere ældre bruger flere sundhedsudgifter. Litteraturen peger på medicinsk praksis og teknologiudvikling som underliggende faktorer bag aldersstejlning, da disse har favoriseret ældre mere end yngre borgere (Dormont o.a., 2006).

En tredje vigtig mekanisme er sygdomsforekomst. Sygdomsforekomst er tæt knyttet til forværret sundhedsstatus med alderen samt tid til død og sygdomsforekomst tæt på dødstidspunktet (Seshamani og Gray, 2004a, 2004b; Wong o.a., 2011; Carreras o.a., 2018). Det er entydigt, at sygdomsforekomst øger sundhedsudgiftsniveauer, mens den eksakte indbyrdes relation mellem alder, tid til død og sygdom er uklar. Derudover observeres sygdomsspecifik aldersstejlning (Kollerup o.a., 2022), hvilket indikerer en særlig udgiftsvækst inden for visse sygdomme.

Befolkningsaldring forventes at øge de samlede sundhedsudgifter, men forskningen er ikke i stand til at give et entydigt svar på størrelsen heraf. ”Sund aldring” dæmper effekten, mens aldersstejlning forstærker den (van Baal og Wong, 2012). Endelig observeres det, at decentrale sundhedsforsikringssystemer med mange private forsikringsselskaber tyder på at være vanskeligere at udgiftsstyre end centraliserede skattefinansierede systemer (Van der Zee o.a., 2007). Dog er forskningen uklar om udbudsreaktioner på aldringens efterspørgselspres.

Vi fortsætter denne artikel med en oversigt over befolkningsaldring og en gennemgang af historiske sundhedsudgifter, for derefter at analysere aldringens indvirkning på sundhedsudgifter, både empirisk og i den sundhedsøkonomiske litteratur. Der undersøges, i hvilken grad alder og sygdom påvirker sundhedsudgifter, hvilke typer sundhedsudgifter der påvirkes, samt de samlede effekter på makroniveau. Desuden gennemgår vi Finansministeriets mo-

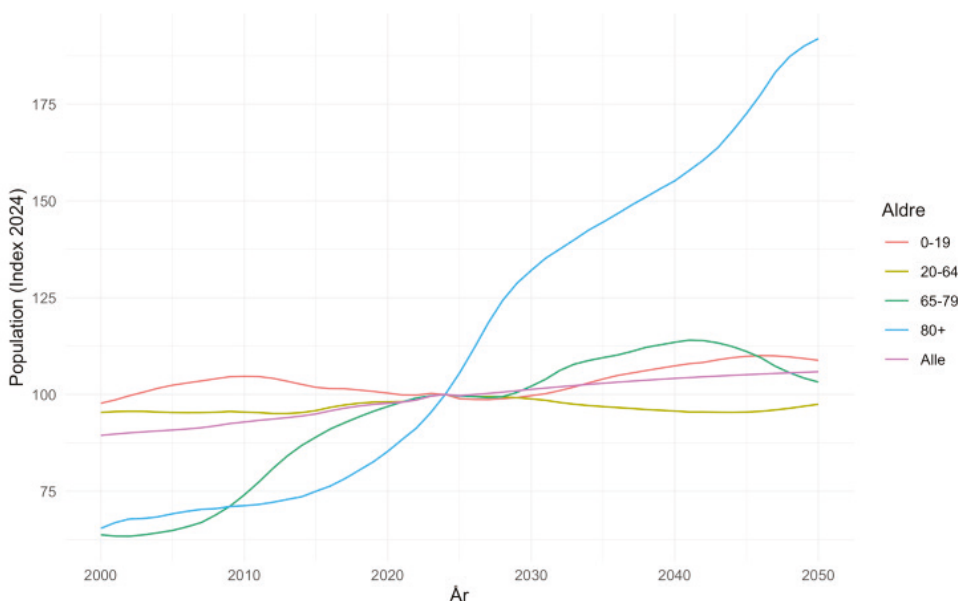
del for fremskrivning af sundhedsudgifter (specifikt det demografiske træk) og sammenfatter afslutningsvis væsentlige pointer.

## Befolkningsaldring

Befolkningsaldringen er sket i stort set alle vestlige lande i løbet af de seneste årtier (Human Mortality Database, 2023). I henhold til Murphy (2017) skyldes det specielt to forhold. For det første har der været en stigning i antallet af fødsler under og efter anden verdenskrig, de såkaldte babyboomere hvor de ældste i dag er over 80 år. For det andet har en faldende dødelighed, særligt blandt de ældre, øget alderen ved død. Dette fænomen er for Danmarks vedkommende først rigtigt begyndt i 1995 efter mange års dødelighedsstagnation (Kallestrup-Lamb o.a., 2020).

Figur 1 illustrerer den danske befolkning efter alder fra 2000 til 2050. Frem til 2024 viser tallene det observerede antal danskere i de fire aldersgrupper og i alt, målt pr. 1. januar. Fra 2025 og frem vises Danmarks Statistiks befolkningsprognose udarbejdet af DREAM (Hansen og Stephensen, 2013). Figuren viser aldersgruppernes udvikling på indeksform med 2024=100. Den dominerende blå kurve viser hvordan antallet af danskere på 80 år og opefter tredobles fra 2000 til 2050. Samtidig observerer vi, at antallet af yngre ældre (65 til 79 år, grøn kurve), også stiger, omend i mindre grad end dem på 80 år og opefter. Udviklingen i begge aldersgrupper er vigtige i forhold til sundhedsudgifter, da sygdomsforekomst, hospitalsforbrug og ældrepleje også er stærkt stigende for disse alderstrin (Rosella o.a., 2018; Seaman o.a., 2020; Gørtz o.a., 2023), hvilket ofte er associeret med højere udgifter (Fledsberg o.a., 2023).

Figur 1: Befolkning efter alder i Danmark. Observeret fra 2000 til 2024. Prognose fra 2025 til 2050. Index: 2024=100



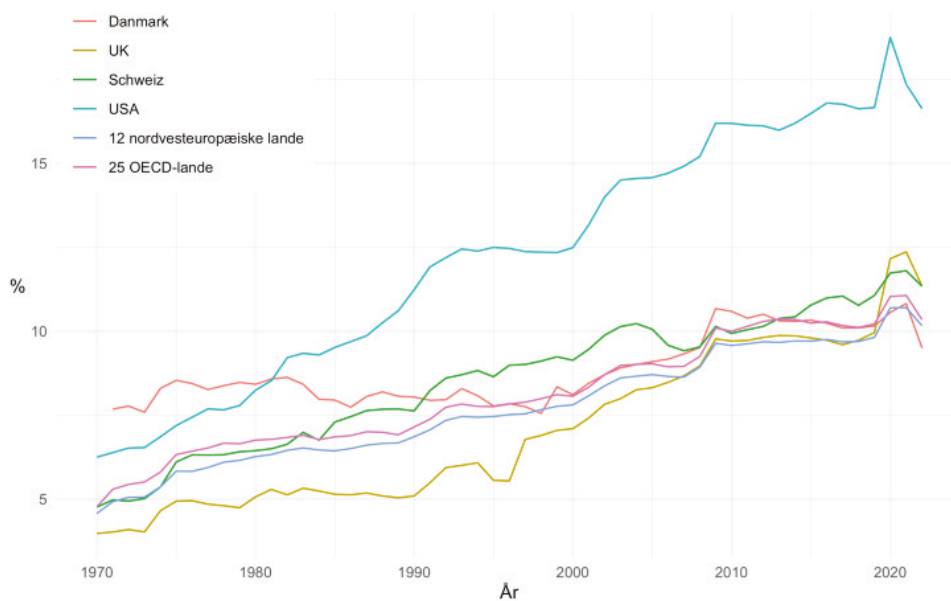
Kilde: Danmarks Statistik, BEFOLK2, FRDK123.

## Udgiftshistorik: Sundhedsudgifter i procent af BNP

Et lands sundhedsudgiftsforbrug, som en andel af bruttonationalproduktet, BNP, er et attraktivt summarisk mål for sundhedsudgiftsforbruget, da det tager højde for et lands velstand. OECD rapporterer sundhedsudgifter i procent af BNP (OECD.stat, 2024). Figur 2 viser udviklingen for fire udvalgte lande. Danmark har – i lighed med UK – et udpræget skattefinansieret sundhedsforsikringssystem, mens USA og Schweiz har privatiserede, markedsbaserede sundhedssystemer med nogen grad af forsikringspligt og -incitament. Figuren viser desuden den gennemsnitlige udvikling for 12 nordvesteuropæiske lande samt 25 OECD-lande på tværs af forsikringssystemer.

Over perioden udviste USA den højeste vækst med 0,20 procentpoint pr. år og blot 0,09 procentpoint i de 25 lande. I forhold til de resterende tidsserier startede Danmark på et forholdsvist højt niveau med omkring 8 procent af BNP i 1971. Dette var dog nogenlunde uændret frem til omkring år 2000, hvor procentandelen var omtrent den samme som i de 25 OECD-lande. Herefter steg procentandelen i Danmark markant frem til 2009, hvor niveauet var over 10 procent af BNP, ligesom de fleste andre lande. Siden 2009 er procentandelen faldet en smule, med undtagelse af de høje udgifter i covid-19-årene. Faldet i Danmark kan tilskrives prioritering og rationering såsom indskærpelser af, hvilke hospitalsydelser og hvilken medicin? som frit tilbydes (Steenberger, 2019; Medicinrådet, 2021; Behandlingsrådet, 2023), produktivitetskrav for hospitaler (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2005; Regeringen, 2017) samt anden prioritering såsom organisationen Vælg Klogt (Malling o.a., 2021; Vælg Klogt, 2024). USA og Schweiz afviger fra denne let faldende tendens siden 2009, da begge lande har haft en stigning i sundhedsudgiftsforbruget, hvilket er associeret med de markedsbaserede forsikringssystemer i disse lande, som er vanskeligere at omkostningsstyre (Van der Zee o.a., 2007).

Figur 2: Totale udgifter til sundhed som procent af BNP i udvalgte lande, 12 nordvesteuropæiske lande og 25 OECD-lande



Kilde: OECD.stat (2024), Health expenditure and financing.

Note: Sundhedsudgifter malt iht. System of Health Accounts (OECD/Eurostat/WHO, 2017).

Disse udgifter inkluderer alle offentlige og private driftsudgifter til sundhed inkl. udgifter til langtidspleje af helbredssvækkede ældre (på institution eller i eget hjem) og af psykisk syge og misbrugere. De 25 OECD-lande er Australien, Belgien, Canada, Danmark, Finland, Frankrig, Grækenland, Holland, Island, Irland, Israel, Italien, Japan, Luxembourg, New Zealand, Norge, Portugal, Schweiz, Spanien, Sverige, Sydkorea, Tyskland, UK, USA og Østrig. De 12 vesteuropæiske lande er Belgien, Danmark, Finland, Frankrig, Holland, Irland, Norge, Schweiz, Sverige, Tyskland, UK og Østrig.

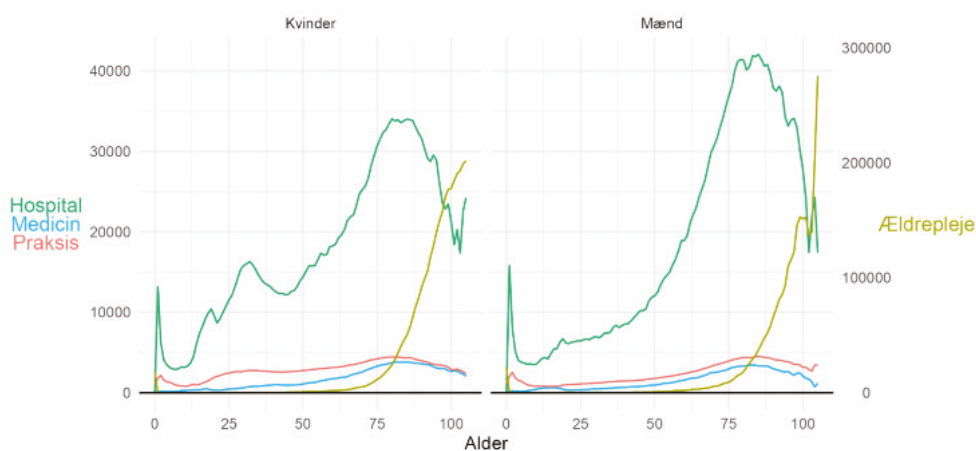
## Aldringens virkning på sundhedsudgifterne

I den sundhedsøkonomiske litteratur er der stor interesse for forholdet mellem populationsaldring og aggregerede sundhedsudgifter. En hovedbekymring går på, at i takt med at en population aldres, vil de gennemsnitlige udgifter per person stige, da ældre bruger flere sundhedsudgifter – det vil altså sige, at alder i sig selv har en øgende effekt på gennemsnitsudgifterne. Som et modstykke hertil diskuteres ”sund aldring” (Arnberg og Bjørner, 2010), hvilket ofte måles som tid til død. Under dette scenarie er det primært koncentrationen af sundhedsudgifter sidst i livet, som driver sundhedsudgifter og ikke alder i sig selv. Populationsaldring giver i dette scenarie flere gode leveår med relativt lave udgifter, mens høje udgifter stadig afholdes med få år til død. Dette afsnit undersøger empirisk i Danmark relationen mellem sundhedsudgifter og alder henholdsvis tid til død for derefter at diskutere den sundhedsøkonomiske litteratur herom.

De fleste typer af sundhedsudgifter stiger med alderen. Figur 3 viser de årlige sundhedsudgifter i Danmark efter alder, køn og udgiftstype i 2012. Gennemsnitsudgifterne stiger igennem voksenlivet til et toppunkt omkring 80-årsalderen. Ved toppunktet er gennemsnitsudgifterne til hospitalsydelser knap 35.000 kr. for kvinder og mere end 40.000 kr. for mænd. For medicin

og praksissektoren er de årlige gennemsnitsudgifter lavere og under 5.000 kr. for både mænd og kvinder. Udviklingen for plejeudgifter skiller sig ud. Indtil 70-årsalderen er gennemsnitsudgifter næsten nul, hvorefter de stiger eksponentielt, da ældre begynder at benytte hjemmehjælp, hjemmesygepleje og plejehjemspladser. En 100-årig har i gennemsnit plejeudgifter på mere end 150.000 kr. årligt, hvilket fremgår af på den højre akse i figur 3. For alle danskere udgjorde hospitalsudgifter samlet set godt 116 mia. kr. i 2023. Praksissektoren var knap 41 mia. kr. og medicin omkring 16 mia. kr. Udgifter til personlig ældrepleje på plejehjem/center eller i hjemmet udgjorde knap 56 mia. kr. (Danmarks Statistik, SHA1, 2024).

Figur 3: Gennemsnitlige offentligt forsikrede sundhedsudgifter i Danmark i 2012 efter alder, køn og udgiftstype i DKK.

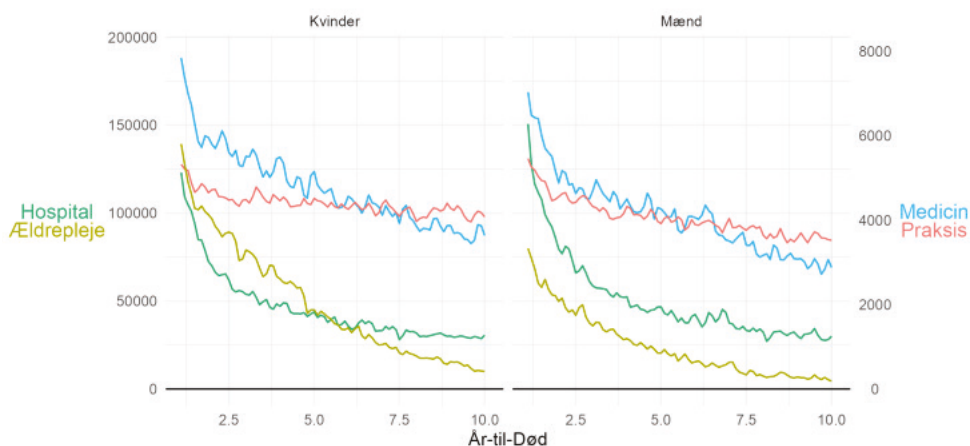


Kilde: Egne beregninger, registerdata, offentligt forsikrede udgifter.

Note: Venstre akse viser gennemsnitsudgifterne til hospital, medicin, og praksis, mens størrelsen på ældrepleje fremgår af højre akse. DKK 2012. Udgifter udregnet som i Christensen o.a. (2016).

Det store spørgsmål i årtiers sundhedsøkonomisk forskning har været at forstå den observerede association mellem sundhedsudgifter og alder i figur 3. Mellem 8,5 og 11,2 procent af livstidsforbruget af sundhedsydelser sker nemlig i det sidste leveår, hvilket gør sig gældende i så forskellige lande og sundhedsvæseners som Danmark, England, Frankrig, Tyskland, Holland, Japan, Quebec, Taiwan og USA (French o.a., 2017). Allerede for fyrré år siden forudsagde sundhedsøkonomer derfor, at tid til død var vigtigere end alder i sig selv (Fuchs, 1984). Vigtigheden af tid til død bekræftes af figur 4, som viser årlige sundhedsudgifter i Danmark i 2012 efter år til død, køn og udgiftstype. Alle udgiftstyper viser et eksponentielt aftagende fald med gennemsnitlige hospitalsudgifter på omkring 125.000 kr. og 150.000 kr. for kvinder hhv. mænd med ét år til død. Plejeudgifter er ligeledes store, mens gennemsnitsudgifterne til medicin og praksissektoren er mindre end 8.000 kr., jf. højreaksen.

Figur 4: Offentligt forsikrede sundhedsudgifter i Danmark i 2012 efter år til død, køn og udgiftstype i DKK



Kilde: Egne beregninger, registerdata, offentligt forsikrede udgifter.

Note: Venstre akse viser udgifterne til hospital og ældrepleje, mens størrelsen på medicin og praksissektoren fremgår af højre akse. DKK 2012. Udgifter udregnet som i Christensen o.a. (2016).

Nogle sundhedsøkonomer har ligefrem kaldt det en myte, at sundhedsudgifter stiger med alderen (Reinhardt, 2003; Zweifel o.a., 1999). Den såkaldte Red Herring-hypotese forudsiger, at tid til død har stor effekt på sundhedsudgifter, mens alder ingen effekt har, når der kontrolleres for tid til død. I Danmark bruges betegnelsen *sund aldring* synonymt med dette fænomen (Arnberg og Bjørner, 2010), selvom hypotesen ikke nødvendigvis implicerer noget om sundhedsrelateret aldring.

I en stiliseret regressionsligning påvirkes sundhedsudgifter,  $H_{it}$ , for individ,  $i$ , på tidspunkt,  $t$ , af alder,  $AGE_{it}$ , tid til død,  $TTD_{it}$ , samt af en vektor af relevante individualspecifikke karakteristika,  $X_{it}$ , fx køn og civilstatus.

$$H_{it} = X_{it}\beta + AGE_{it}\alpha + TTD_{it}\theta + v_{it}$$

Parameteren  $\theta$  måler effekter af tid til død,  $\alpha$  måler effekter af alder, og  $\beta$  måler effekter af andre individualspecifikke karakteristika.  $v_{it}$  er en residualkomponent. Under Red Herring-hypotesen er tid til død-effekterne store og negative,  $\theta < 0$ , mens alder har en lille effekt,  $\alpha \approx 0$ .

Red Herring-hypotesen blev lanceret i et schweizisk studie af rapporterede udgifter fra private sundhedsforsikringsordninger (Zweifel o.a., 1999). Hypotesen blev ret hurtigt bekræftet med individuelle sundhedsudgiftsdata fra England (Seshamani og Gray, 2004a) og Danmark (Serup-Hansen o.a., 2002; Bjørner og Arnberg, 2012) med både større stikprøver og i kontekst af skattefinansierede sundhedssystemer. Red Herring-hypotesen implicerer, at effekten af befolkningsaldring, f.eks. længere forventet levetid, dæmpes, da de høje



udgifter sidst i livet udskydes. Antagelsen er derfor, at der i løbet af de ekstra leveår afholdes et lavere sundhedsudgiftsforbrug.

Det gode budskab blev dog forstyrret af modsatrettede resultater i forskningen. Seshamani og Gray (2004b) modellerede aldersspecifikke tid til død-effekter på hospitalsudgifter,  $\xi$ , med en interaktionsfaktor,  $AGE_{it} * TTD_{it}$ , og fandt, at udgifterne sidst i livet er højere, jo ældre individet er. Det vil sige  $\xi > 0$  i følgende stiliserede regressionsligning

$$H_{it} = X_{it}\beta + AGE_{it}\alpha + TTD_{it}\theta + (AGE_{it} * TTD_{it})\xi + v_{it}$$

I denne model har befolkningsaldring en yderligere omkostning i form af højere udgifter allersidst i livet desto ældre man er.


Et par år senere udkom et studie baseret på tyske private forsikringsdata for sundhedsudgifter. Det viste en stærkere opdrift i ældres sundhedsudgifter end i yngres (Buchner og Wasem, 2006), den såkaldte aldersstejling. Stejlingshypotesen kan illustreres i en stiliseret regressionsligning for interaktionen mellem alder og kalendertid,  $AGE_{it} * T_{it}$ , med positiv effekt,  $\varphi > 0$ ,

$$H_{it} = X_{it}\beta + AGE_{it}\alpha + TTD_{it}\theta + (AGE_{it} * TTD_{it})\xi + T_{it}\delta + (AGE_{it} * T_{it})\varphi + v_{it}$$

Selvom aldersstejling i første omgang blev modsagt af resultater baseret på schweiziske sundhedsforsikringsdata (Felder og Werblow, 2008), har flere senere studier efterfølgende støttet stejlingshypotesen (Gregersen, 2014; von Wyl, 2019; Kjellberg og Ibsen, 2020; Kollerup o.a., 2022). Aldersstejling indikerer, at alder i sig selv har en opdrivende effekt på de samlede udgifter over tid grundet en kraftigere gennemsnitsudgiftsstigning hos ældre.

Stejlingshypotesen støttes også af anden forskning, som rapporterer, at ældre patienter i højere grad end yngre har haft gavn af ændringer i medicinsk praksis og nye behandlingsmetoder (Dormont o.a., 2006). Derudover har sundhedsvæsenet været bedre til at dæmme op for udgiftspres fra yngre patienter (< 75 år) end for ældre patienter, især inden for kræftsygdomme og kroniske sygdomme (Kollerup o.a., 2022).

Samlet set har fyrré års sundhedsøkonomisk forskning ikke skabt entydig klarhed over befolkningsaldrings effekter på sundhedsudgifter. Red Herring-hypotesen trækker i en dæmpende retning, mens aldersstejling trækker i den modsatte retning. Det præcise forhold mellem de modsatrettede effekter fra hhv. tid til død og aldersstejling forbliver uklart i litteraturen.

 Samlet set har fyrré års sundhedsøkonomisk forskning ikke skabt entydig klarhed over befolkningsaldrings effekter på sundhedsudgifter. Red Herring-hypotesen trækker i en dæmpende retning, mens aldersstejling trækker i den modsatte retning

## Alder eller sygdomsforekomst?

Sygdomsforekomst og sundhedsstatus hænger sammen med alder og aldring. Er alder og tid til død blot approksimationer for ændret sundhedsstatus og mange samtidige sygdomme? Fries (1983) fremstiller hypotesen om 'compression of morbidity', hvor sygdomsforekomst udskydes hastigere end udviklingen i forventet levetid. Denne udskydning vil betyde, at når levetiden stiger, får individer flere sunde leveår og kun få leveår med sygdom sidst i livet. På trods af uenighed om, hvorvidt befolkninger udviser 'compression of morbidity' (se f.eks. Seaman o.a. (2020), Ahrenfeldt o.a. (2018), Nielsen o.a. (2021), Rosella o.a. (2018), Shen og Payne (2023) for nylige og modstridende resultater), understreger hypotesen den tætte relation mellem alder, tid til død og sygdomsforekomst (Zweifel, 2022).

Sygdomsforekomst,  $M_{it}$ , kan inkluderes i regressionsligningen med effekt  $\gamma$

$$H_{it} = X_{it}\beta + AGE_{it}\alpha + TTD_{it}\theta + M_{it}\gamma + T_{it}\delta + (AGE_{it} * T_{it})\varphi + (AGE_{it} * TTD_{it})\xi + v_{it}$$

Flere studier rapporterer statistisk signifikante sygdomseffekter,  $\gamma > 0$ , hvor effekterne af alder og tid til død-effekter mindskes, men forbliver statistisk signifikante (Hazra o.a., 2018; O'Neill o.a., 2000; Seshamani og Gray, 2004a,b; Wong o.a., 2011; Kollerup o.a., 2022). Denne formindskelse kan let forklares med resultater fra den økonometriske litteratur om simultanitet, omvendt kausalitet, udeladt variable bias eller multikollinearitet, som beskrives i f.eks. Wooldridge (2019). Når en væsentligt variabel inkluderes (i vores tilfælde sygdomsforekomst), mindskes forklaringsgraden af stærkt korrelerede variable såsom alder og tid til død. Dette har motiveret en anden gren af denne litteratur, hvor der bruges særlige mål for sundhed.

Ved at konstruere et summarisk sundhedsstatusindeks for sygdommes alvorlighed i stedet for sygdomsforekomst bliver alders- og tid til død-effekter dog små og statistisk insignifikante. Dette viser Howdon og Rice (2018) med paneldata fra UK for hospitalsudgifter til indlæggelser, samt Carreras o.a. (2018) og Maynou o.a. (2023), begge med catalanske paneldata for alle offentlige sundhedsudgifter undtagen psykiatri. En implikation af disse resultater er derfor, at alder og tid til død muligvis blot er approksimationer for sundhedsstatus, og den fremtidige forskning kan derfor tage en ny drejning. Det er foreløbigt usikkert, og tabel 2, panel A giver et overblik over litteraturens foreløbige resultater.

## Hvordan påvirkes typer af sundhedsudgifter af hhv. alder og aldring?

Tabel 1 giver også et samlet overblik over evidensen af de to hypoteser på tværs af sundhedsudgifter. Panel B opsummerer resultaterne for Red Herring-hypotesen for hver udgiftskomponent, mens panel C fokuserer på aldersstejlning.

Tid til død-effekterne er især stærke inden for hospitalsudgifter, mens alder har mindre, men dog ofte statistisk signifikante effekter (Howdon og Rice,

2018; Seshamani og Gray, 2004a; Seshamani og Gray, 2004b). Langtidspleje er i mange lande den næststørste kategori af sundhedsudgifter, og de påvirkes mere af alder end af tid til død (Karlsson og Klohn, 2014; Häkkinen o.a., 2008; de Meijer o.a., 2011; Werblow o.a., 2008).

Når det gælder de øvrige udgiftskategorier, er resultaterne mere blandede. Mht. medicin finder O'Neill o.a. (2000), Häkkinen o.a. (2008) og Moore o.a. (2017), at tid til død er den vigtigste determinant for udgifter til medicin. Et stort italiensk studie af såvel udgifter til medicin som praksissektoren finder dog, at alder er den vigtigste faktor (Atella og Conti, 2014), og resultaterne for medicinudgifter er derfor uklare. For praksissektoren finder Carreras o.a. (2018) også, at alder er den vigtigste faktor, når sundhedsstatus ekskluderes. På den anden side finder O'Neill o.a. (2000), at det er tid til død og ikke alder, som påvirker udgifter til praksissektoren. O'Neill o.a. (2000) bruger dog en lille stikprøve (N=270) af plejekrævende ældre, og der er derfor overvejende evidens for, at alder er den vigtigste faktor for udgifter i praksissektoren.

Tabel 1: Aldringseffekter på sundhedsudgifter

Panel A: Sygdomsforekomst/sundhedsstatus		
Udgiftstype	Resultat	Litteratur
Alle/flere	Store sygdomseffekter, $\gamma > 0$ Signifikante effekter af alder, $\alpha \neq 0$ , og tid til død, $\theta \neq 0$	Hazra o.a. (2018) O'Neill o.a. (2000) Seshamani og Gray (2004a,b) Wong o.a. (2011), Kollerup o.a. (2022)
Alle	Store sygdomseffekter, $\gamma > 0$ Insignifikant effekter af alder, $\alpha = 0$ , og tid til død, $\theta = 0$	Howdon og Rice (2018) Carreras o.a. (2018) Maynou o.a. (2023)
Panel B: Red herring		
Totale	Små alderseffekter, $\alpha \approx 0$ Tid til død-effekter, $\theta < 0$	Zweifel o.a. (1999) Bjørner og Arnberg (2012) Hazra o.a. (2018)
Hospital	Ingen aldringseffekter, $\alpha = 0$ Tid til død-effekter, $\theta < 0$	Howdon og Rice (2018) Seshamani og Gray (2004a,b) Wong o.a. (2011)
Plejeudgifter	Store aldringseffekter, $\alpha > 0$ , Små tid til død-effekter, $\theta \approx 0$	Karlsson og Klohn (2014) Häkkinen o.a. (2008) de Meijer o.a. (2011) Werblow o.a. (2008)
Medicin	Uklare/varierende tid til død og aldringseffekter	O'Neill o.a. (2000) Häkkinen o.a. (2008) Moore o.a. (2017) Atella og Conti (2014)
Praksissektor	Store aldringseffekter, $\alpha > 0$ Dog modstridende evidens	Atella og Conti (2014) Carreras o.a. (2018) O'Neill o.a. (2000)
Panel C: Aldersstejling		
Hospital	Stejlingseffekter, $\varphi > 0$	Buchner og Wasem (2006) Gregersen (2014) von Wyl (2019)

Hospital + Praksis	Stejlningseffekter, $\varphi > 0$	Kjellberg og Ibsen (2020) Kollerup o.a. (2022)
Total	Ingen stejlningseffekter, $\varphi = 0$	Felder og Werblow (2008)

## Virksomheder på de aggregerede sundhedsudgifter

Den samlede størrelse af befolkningsaldringseffekten på aggregerede sundhedsudgifter på populationsniveau er uklart bestemt i den sundhedsøkonomiske aldringsforskning. På den ene side har mange studier rapporteret dæmpede udgiftseffekter af tid til død-mekanismen. I Danmark rapporteres en dæmpning på mellem 18 procent (Serup-Hansen o.a., 2002) og 50 procent (Bjørner og Arnberg, 2012), i USA (kun Medicare udgifter) med op mod 15 procent (Stearns og Norton, 2004), 10 procent i Holland (Polder o.a., 2006), og 17 procent i Skotland (Geue o.a., 2014). De store forskelle kan både skyldes forskelle i sundhedsvæsenet, de inkluderede udgiftstyper og måden, som aggregerede sundhedsudgifter fremskrives på, samt flere samtidige hypoteser og virkningsmekanismer, såsom tid til død, alder, aldersstejlning og sundhedsstatus.

På den anden side har to studier med det specifikke hovedformål at undersøge aldringens effekter på aggregerede sundhedsudgifter fundet, at der hverken er teoretisk eller empirisk belæg for en dæmpende effekt af tid til død-mekanismen (Colombier og Weber, 2011; van Baal og Wong, 2012). Den tilsyneladende dæmpende effekt af tid til død-mekanismen skyldes ifølge disse forfattere, at udgiftsvækstraterne i aldersgrupperne holdes konstante i andre studier (Serup-Hansen o.a., 2002; Bjørner og Arnberg, 2012; Stearns og Norton, 2004; Polder o.a., 2006; Geue o.a., 2014). Van Baal og Wong (2012) udfordrer dog dette og tillader gennemsnitsudgifterne at vokse igennem fremskrivningsperioden. De finder, at tid til død stadig dæmper den samlede sundhedsudgiftsudvikling, men faldet udlignes dog som følge af stigende gennemsnitsudgifter over tid. Udgiftsvæksten gør sig især gældende hos de ældre, hvilket refererer til aldersstejlning,  $\varphi > 0$ . Stigningen begrundes med ændringer i medicinsk innovation og praksis (Laudicella o.a., 2022), der har favoriseret de ældre mere end de yngre borgere, fx ny medicin med færre bivirkninger, mildere bedøvelsesmidler og mindre invasiv kirurgi, så flere interventioner nu tåles af de ældre patienter.

En udfordring relateret til fremskrivningen af aggregerede sundhedsudgifter er endogenitetsproblemet mellem sundhedsudgifter og tid til død (Salas og Raftery, 2001). Hvis sundhedsfaglige interventioner succesfuldt udskyder dødstidspunktet, kræves særligt restriktive økonometriske metoder for at estimere det indbyrdes forhold. I litteraturen har flere studier adresseret denne simultanitet (Kolodziejczyk, 2020; Costa-Font og Vilaplana-Prieto, 2020; Felder og Werblow, 2010; Karlsson og Klohn, 2011) men resultaterne af størrelsen af aldrings- og tid til død-effekter er modstridende, og det er på nuværende tidspunkt ikke muligt at give et entydigt svar på, hvor stor effekten af simultaniteten er.

## Praktisk fremskrivning af sundhedsudgifterne – det demografiske træk i Danmark

Det er alment anerkendt, at tid til død-effekter er vigtige i fremskrivninger af sundhedsudgifter (Przywara, 2010; Marino o.a., 2017). Fremskrivninger med fokus på effekten af en aldrende population kaldes beregning af det ”demografiske træk”. I Danmark er der en politisk beslutning om at kompensere kommuners og regioners budgetter for dette træk. Som det fremgår af regeringens 2030-plan (Finansministeriet, 2023, p. 87): ”Det er en central prioritet for regeringen, at den offentlige velfærd kan følge med den demografiske udvikling, så fundamentet ikke udhules. Det gælder ikke mindst den nære velfærd i kommunerne og på sygehusene i regionerne. Derfor prioriterer regeringen midler til, at udgifterne til det offentlige forbrug kan følge den demografiske udvikling.”

Finansministeriet beregner løbende størrelsen på denne udgiftsudvikling. Det demografiske træk estimerer ændringerne i det offentlige forbrug som følge af ændringer i befolkningssammensætningen (Finansministeriet, 2024b). Det demografiske træk i Danmark udregnes som gennemsnitsudgifter ganget med antallet af individer, der er i live. De gennemsnitlige sundhedsudgifter udregnes for et basisår, f.eks. 2022 for nuværende, efter alder, køn og herkomst og for fire forskellige levetidsgrupper: (a) individer, der dør i løbet af året, (b) dem, der forventes at dø året efter (2023) (c) samt året efter igen (2024), og (d) den resterende befolkning, der er i live (i 2025). I praksis udregnes gennemsnitsudgifterne med personhenførbare dansk registerdata i 5-års centraliserede gennemsnit som følge af tyndt befolkede celler. Definitionen af herkomst følger Danmarks Statistiks og bruges frem til og med 70 år. Levetidsgrupperne udregnes ud fra DREAMs befolkningsfremskrivning (Hansen og Stephensen, 2013). De demografisk betingede sundhedsudgifter i 2023 og frem udregnes ved at multiplicere basisårets gennemsnitsudgifter med frekvenserne i ovenstående grupper. Forskellen mellem fremtidige sundhedsudgifter i dette scenarie kontra et kunstigt tilfælde, hvor populationen og sundhedsudgifterne ikke ændrer sig, defineres som det demografiske træk (Finansministeriet, 2024b).

I et svar til Finansudvalget udregnede Finansministeriet, at det demografiske træk for sundhed i 2030 andrager 6,5 mia. kr., heraf 6,0 mia. kr. til ældre over 70 år (Finansministeriet, 2024a). Det betyder, at aldrig frem til 2030 betyder, at sundhedsudgifterne i 2030 lige skal øges med 6 milliarder kroner i forhold til niveauet i 2023 for at kompensere for befolkningsaldringen i perioden. Tilsvarende andrager demo-trækket for ”pleje” i 2030 i alt 11,25 mia. kr., heraf 11 mia. kr. til ældre over 70 år. Finansministeriet specificerer ikke velfærdstrækket på forskellige områder, da det er løbende genstand for politiske prioriteringer inden for ”sundhed” og ”pleje” og andre sektorer.

Finansministeriets udregning af det demografiske træk er inspireret af tid til død-mekanismen fundet i aldringsforskningen, men er ikke bundet op til Red Herring-hypotesen eller bestemte resultater i forskningen. Den er mekanisk i

den forstand, at gennemsnitsudgifterne er konstante ved basisårets værdier, og kun befolkningsstørrelsen i forskellige aldersgrupper udvikler sig (Finansministeriet, 2024b). Vækst i gennemsnitsudgifterne som følge af aldersstejlning indgår ikke i udregninger af det demografiske træk. Der er således risiko for at underestimere udgiftsforbruget over fremskrivningsperioden (Dormont o.a., 2006), hvis aldersstejlning forekommer, hvilket forskning tyder på, f.eks. i Danmark (Kollerup o.a., 2022). Når basisåret opdateres, f.eks. ved finanspolitisk udregning frem til 2035, medtages udgiftsændringer i den mellemliggende periode, hvilket i nogen grad afhjælper udfordringen.

## Danmarks skattefinansierede sundhedsvæsen kan dæmme op for en uhæmmet vækst i sundhedsudgifterne

Befolkningsaldring anses generelt for at være en væsentlig faktor bag stigende sundhedsudgifter. I de seneste år er denne antagelse dog blevet udfordret. Sundhedsudgifter som andel af BNP i Danmark faldt med omkring 0,5 procentpoint mellem 2010 og 2019, mens der samtidig observeredes en støt stigende andel af ældre borgere over 65 år. Forskning inden for sundhedsøkonomi viser også, at aldring ikke nødvendigvis er omkostningstungt, da en tid til død-mekanisme kendt som "sund aldring" mindsker aldringens opdriftsvirkninger på de samlede sundhedsudgifter. Dette gælder særligt for hospitalsudgifter, men ikke plejeudgifter. Ifølge Finansministeriet (2024a) vil aldringsomkostningerne for sundhedsvæsenet, eksklusive kommunal ældrepleje, kun stige med seks procent (6,5 mia. kr.) fra 2023 til 2030, mens udgifterne til kommunal ældrepleje forventes at stige med hele 18 procent (11,25 mia. kr.).

Den sundhedsøkonomiske litteratur peger ydermere på aldersstejlning, hvor gennemsnitsudgifterne stiger mere for ældre end yngre, som en mekanisme der forstærker aldringseffekten. Fremskrevne udgifter fra Holland (van Baal og Wong, 2012) viser, at den dæmpende effekt af tid til død-mekanismen helt udlignes af aldersstejlningens vækstrater, hvilket blandt andet tilskrives ny medicinsk teknologi. Da Finansministeriets regnemodel ikke medtager aldersstejlning, er der risiko for en underestimation af fremtidige sundhedsudgifter. Dog er den sundhedsøkonomiske litteratur uklar med hensyn til, hvordan aldersstejlning kan indarbejdes i lange fremskrivninger.

Der er mange måder at kontrollere sundhedsudgifter på, såsom prioritering og rationering. Det kan f.eks. være i form af udvælgelsen af, hvilke procedurer og medicin som tilbydes, samt produktivitetskrav. I Danmark og andre lande med et skattefinansieret sundhedsvæsen er udgiftskontrol gennem central rammesætning mulig, hvis der er politisk vilje og håndhævelse af budgetlove. Det er vanskeligere i lande med mange forskellige og indbyrdes konkurrerende private forsikringsselskaber. På trods af mange ukendte faktorer, såsom sundhedsteknologi, ændringer i levetid og sygdomsbyrder, ser udgiftskontrollen og tid til død-mekanismen i Danmark ud til at kunne dæmme op for en uhæmmet vækst i sundhedsudgifterne.

## Note

- 1 Vi takker tre embedsmænd fra Finansministeriet for deres hjælp med at beskrive beregningen af det demografiske træk samt en anonym fagfællebedømmer og Søren Rud Kristensen for deres brugbare kommentarer, som har bidraget til at forbedre denne artikel.
- Forskningen, der ligger til grund for denne artikel, er en del af et projekt, der har modtaget finansiering fra ROCKWOOL Fonden gennem forskningsprojektet "Challenges of Aging Populations: Physical Functioning, Cognitive Functioning, and Health Economic Consequences."

## Referencer

- Ahrenfeldt, L.J., R. Lindahl-Jacobsen, S. Rizzi, M. Thinggaard, K. Christensen og J. W. Vaupel (2018), "Comparison of cognitive and physical functioning of Europeans in 2004-05 and 2013", *International Journal of Epidemiology*, 47(5): 1518-28.
- Arnberg, S. og T. B. Bjørner (2010), "Sundhedsudgifter og levetid", *Nationaløkonomisk tidsskrift*, 148, 43-66.
- Atella, V. og V. Conti (2014), "The effect of age and time to death on primary care costs: the Italian experience", *Social Science & Medicine*, 114, 10-17.
- Behandlingsrådet (2023), *Behandlingsrådets metodevejledning til evaluering af sundhedsteknologi* (version 2.0), Behandlingsrådet, www.behandlingsraadet.dk
- Bjørner, T. B. og S. Arnberg (2012), "Terminal costs, improved life expectancy and future public health expenditure", *International Journal of Health Care Finance and Economics*, 12(2): 129-43, <https://doi.org/10.1007/s10754-012-9106-1>
- Buchner, F. og J. Wasem (2006), "'Steeping' of Health Expenditure Profiles", *The Geneva Papers on Risk and Insurance - Issues and Practice*, 31(4): 581-99, <https://doi.org/10.1057/palgrave.gpp.2510100>
- Carreras M, P. Ibern og J. M. Inoriza (2018), "Ageing and healthcare expenditure: Exploring the role of individual health status", *Health Economics*, 27: 865-76.
- Christensen, B. J., M. Gørtz og M. Kallestrup-Lamb (2016), "Medical spending in Denmark", *Fiscal Studies*, 37(3-4): 461-97.
- Colombier C. og W. Weber (2011), "Projecting health-care expenditure for Switzerland: further evidence against the 'red-herring' hypothesis", *International Journal of Health Planning and Management*, 26: 246-63.
- Costa-Font, J. og C. Vilaplana-Prieto (2020), "'More than one red herring'? Heterogeneous effects of ageing on health care utilisation", *Health Economics*, 29, 8-29.
- Danmarks Statistik, BEFOLK2 (2024), Befolkningen 1. januar efter køn og alder, www.statistikbanken.dk/BEFOLK2, data hentet 9. april 2024.
- Danmarks Statistik, SHA1 (2024), Udgifter til sundhed efter funktion, aktør, finansieringskilde og prisenhed, www.statistikbanken.dk/SHA1, data hentet 18. april 2024.
- Danmarks Statistik, FRDK123 (2024), Befolkningsfremskrivning 2023 for hele landet efter herkomst, køn og alder, www.statistikbanken.dk/FRDK123, data hentet 9. april 2024.
- Dormont, B., M. Grignon og H. Huber (2006), "Health Expenditure Growth: reassessing the threat of ageing", *Health Economics*, 15: 947-63.
- Felder, S. og A. Werblow (2008), "Does the Age Profile of Health Care Expenditure Really Steepen over Time? New Evidence from Swiss Cantons", *The Geneva Papers on Risk and Insurance - Issues and Practice*, 33(4): 710-27, <https://doi.org/10.1057/gpp.2008.28>
- Felder, S., A. Werblow og P. Zweifel (2010), "Do red herrings swim in circles? Controlling for the endogeneity of time to death", *Journal of Health Economics*, 29(2): 205-12.
- Finansministeriet (2023), "DK2030: Danmark rustet til fremtiden", Finansministeriet.
- Finansministeriet (2024a), "Svar på Finansudvalgets spørgsmål nr. 327" (Alm. del).
- Finansministeriet (2024b), "Beregningen af det demografiske træk" [Notat].
- Fledsberg, S., M. Svensson og N. Johansson (2023), "Lifetime healthcare expenditures across socioeconomic groups in Sweden", *European Journal of Public Health*, 33(6): 994-1000.
- French EB, o.a., (2017), "End-of-life medical spending in last twelve months of life is lower than previously reported", *Health Affairs*, 36(7): 1211-7.
- Fries, J. F. (1983), "The compression of morbidity", *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, 397-419.
- Fuchs, V. R. (1984), "'Though Much Is Taken': Reflections on Aging, Health, and Medical Care", *Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society*, 62(2): 143-66.
- Geue C, A. Briggs, J. Lewsey og P. Lorgelly (2014), "Population ageing and health care expenditure projections: new evidence from a time to death approach", *The European Journal of Health Economics*, 15: 885-96.
- Gray AM, (2005), "Population Ageing and Health Care Expenditure", *Ageing Horizons*, 2: 15-20.
- Gregersen, F. A. (2014), "The impact of ageing on health care expenditures: A study of steepening", *The European Journal of Health Economics*, 15(9): 979-89, <https://doi.org/10.1007/s10198-013-0541-9>

- Gørtz, M., B. J. Christensen og N. D. Gupta (2023), "Long-term care in Denmark", *National Bureau of Economic Research*, no. w31889.
- Häkkinen, U., P. Martikainen, A. Noro, E. Nihtilä og M. Peltola (2008), "Aging, health expenditure, proximity to death, and income in Finland", *Health Economics, Policy and Law*, 3(2): 165-95.
- Hansen, M. og P. Stephensen (2013), "Danmarks fremtidige befolkning: Befolkningsfremskrivning", juli, [Rapport], DREAM, Danmarks Statistik.
- Hazra, N. C., C. Rudisill og M. C. Gulliford (2018), "Determinants of health care costs in the senior elderly: age, comorbidity, impairment, or proximity to death"? *The European Journal of Health Economics*, 19(6): 831-42.
- Human Mortality Database (2023), University of California, Berkeley (USA), og Max Planck Institute for Demographic Research (Germany), <https://www.mortality.org> or <https://www.humanmortality.de>, data hentet 10. oktober 2023.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2005), *Produktiviteten i sundhedsvæsenet: Åbenhed og fokus*, Indenrigs- og Sundhedsministeriet.
- Kallestrup-Lamb, M., S. Kjærgaard og C. P. Rosenskjold (2020), "Insight into stagnating adult life expectancy: Analyzing cause of death patterns across socioeconomic groups", *Health Economics*, 29(12): 1728-43.
- Karlsson, M. og F. Klohn (2014), "Testing the red herring hypothesis on an aggregated level: ageing, time to death and care costs for older people in Sweden", *The European Journal of Health Economics*, 15(5): 533-51.
- Karlsson, M. og F. Klohn, F. (2011), "Some notes on how to catch a red herring: Ageing, time-to-death & care costs for older people in Sweden", *Darmstadt Discussion Papers in Economics*, 207.
- Kjellberg, J. og R. Ibsen (2020), "Fremtidens sundhedsudgifter – En analyse af sund aldring, "steeping" og teorien om alder som "red herring"", VIVE – Viden til Velfærd.
- Kolodziejczyk, C. (2020), "The effect of time to death on health care expenditures: taking into account the endogeneity and right censoring of time to death", *The European Journal of Health Economics*, 21: 945-62.
- Kollerup, A., J. Kjellberg og R. Ibsen (2022), "Ageing and health care expenditures: The importance of age per se, steepening of the individual-level expenditure curve, and the role of morbidity", *The European Journal of Health Economics*, 23(7): 1121-49, <https://doi.org/10.1007/s10198-021-01413-x>
- Laudicella M, P. L. Donni, K. R. Olsen og D. Gyrd-Hansen (2022), "Age, morbidity, or something else? A residual approach using microdata to measure the impact of technological progress on health care expenditure". *Health Economics*, 31: 1184-201.
- Malling, B., M. Høffer, C. F. Raft og S. Axelsen (2021), "The Danish choosing wisely concept", *Danish Medical Journal*, 68(10): A11200889.
- Marino, A. o.a. (2017), "Future trends in health care expenditure: A modelling framework for cross-country forecasts", *OECD Health Working Papers*, no. 95, Paris, <https://doi.org/10.1787/247995bb-en>.
- Maynou L, A. Street og A. Garcia-Altés (2023), "Living longer in declining health: Factors driving healthcare costs among older people", *Social Science & Medicine*, 327.
- Medicinrådet (2021), *Medicinrådets metodevejledning for vurdering af nye lægemidler*, Medicinrådet.
- de Meijer C., M. Koopmanschap, T.B. d'Uva og E. van Doorslaer (2011), "Determinants of long-term care spending: Age, time to death or disability"? *Journal of Health Economics*, 30(2): 425-38.
- Moore, P. V., K. Bennett og C. Normand (2017), "Counting the time lived, the time left or illness? Age, proximity to death, morbidity and prescribing expenditures", *Social Science & Medicine*, 184, 1-14.
- Murphy, M. (2017), "Demographic determinants of population aging in Europe since 1850", *Population and Development Review*, 257-83.
- Nielsen, C. R., L. J. Ahrenfeldt, B. Jeune, K. Christensen og K. Lindahl-Jacobsen (2021), "Healthy life expectancy by frailty state in Europe from 2004 to 2015: findings from SHARE", *European Journal of Public Health*, 31(3): 554-60.
- O'Neill, C., L. Groom, A. J. Avery, D. Boot og K. Thornhill (2000), "Age and proximity to death as predictors of GP care costs: results from a study of nursing home patients", *Health Economics*, 9(8): 733-8.
- OECD/Eurostat/WHO (2017), "A System of Health Accounts 2011", revised edition, Paris, <https://doi.org/10.1787/9789264270985-en>.
- OECD.stat (2024), "Health expenditure and financing" [Datafile], hentet 2. maj 2024 fra OECD.Stat: <https://stats.oecd.org/#>
- Polder, J. J., J. J. Barendregt og H. van Oers (2006), "Health care costs in the last year of life—the Dutch experience", *Social Science & Medicine*, 63(7): 1720-31.
- Przywara, B. (2010), "Projecting future health care expenditure at European level: drivers, methodology and main results", no. 417, Directorate General Economic and Financial Affairs (DG ECFIN), European Commission.
- Regeringen (2017), *Sygehusene fritages for produktivetskrav i 2018*, tilgæet 31. maj 2024, [www.regeringen.dk/nyheder/2017/aftale-om-produktivetskrav/](http://www.regeringen.dk/nyheder/2017/aftale-om-produktivetskrav/)
- Reinhardt, U. E. (2003), "Does the aging of the population really drive the demand for health care"? *Health Affairs*, 22(6): 27-39.
- Rosella, L., K. Kornas, A. Huang, C. Bornbaum, D. Henry og W. P. Wodchis (2018), "Accumulation of chronic conditions at the time of death increased in Ontario from 1994 to 2013", *Health Affairs*, 37(3): 464-72.
- Salas, C. og J. P. Raftery (2001), "Econometric issues in testing the age neutrality of health care expenditure", *Health Economics*, 10, 669-90.
- Seaman, R., A. Höhn, R. Lindahl-Jacobsen, P. Martikainen, A. Van Raalte og K. Christensen (2020), "Rethinking morbidity compression", *European Journal of Epidemiology*, 35(5): 381-8.



- Serup-Hansen, N., J. Wickstrøm og I. S. Kristiansen (2002), "Future health care costs—do health care costs during the last year of life matter"? *Health Policy*, 62(2): 161-72.
- Seshamani M. og A. M. Gray (2004a), "Ageing and health-care expenditure: The red herring argument revisited", *Health Economics*, 13(4): 303-14.
- Seshamani, M. og A. M. Gray (2004b), "A longitudinal study of the effects of age and time to death on hospital costs", *Journal of Health Economics*, 23: 217-35.
- Shen, T. og C. F. Payne (2023), "Disability and morbidity among US birth cohorts, 1998-2018: A multidimensional test of dynamic equilibrium theory", *SSM-Population Health*, 24, 101528.
- Stearns, S. C. og E. C. Norton (2004), "Time to include time to death? The future of health care expenditure predictions", *Health Economics*, 13(4): 315-27.
- Steenberger, A. (2019), "Medicinrådets syvende princip: Når rådet har sagt nej, men lægen siger ja", *Ugeskrift for læger*, 25. november.
- van Baal, P. H. og A. Wong (2012), "Time to death and the forecasting of macro-level health care expenditures: Some further considerations", *Journal of Health Economics*, 31: 876-87.
- Van Der Zee, J. og M. W. Kroneman (2007), "Bismarck or Beveridge: a beauty contest between dinosaurs", *BMC Health Services Research*, 7: 1-11.
- von Wyl, V. (2019), "Proximity to death and health care expenditure increase revisited: A 15-year panel analysis of elderly persons", *Health Economics Review*, 9(1): 9. <https://doi.org/10.1186/s13561-019-0224-z>
- Vælg Klogt (2024), tilgået fra <https://vaelgklogt.dk/anbefalinger> d. 30. maj 2024.
- Werblow A., S. Felder og P. Zweifel (2007), "Population ageing and health care expenditure: A school of 'Red Herrings'?", *Health Economics*, 16: 1109-26.
- Wong, A., P. H. M. V. Baal, H. C. Boshuizen og J. J. Polder (2011), "Exploring the influence of proximity to death on disease-specific hospital expenditures: A Carpaccio of Red Herrings", *Health Economics*, 20: 379-400.
- Wooldridge, J. (2019), *Introductory Econometrics: A Modern Approach*, 7. udgave. South-Western College Publishing.
- Zweifel, P. (2022), "The 'Red Herring' Hypothesis: Some Theory and New Evidence", *Healthcare*, 10(2): 211, <https://doi.org/10.3390/healthcare10020211>
- Zweifel, P., S. Felder og M. Meiers (1999), "Ageing of population and health care expenditure: A red herring"? *Health Economics*, 12.

# Hvilke jobs er attraktive for offentligt ansatte i det danske sundhedsvæsen?

Den ustyrlige sundhed

*Det er centralt for sundhedsvæsenet og for den offentlige sektor i bredere forstand at kunne tiltrække egnede kandidater til stillingerne, men hvilke jobegenskaber er egentlig vigtigst at fremhæve, når man skal annoncere stillinger? Med udgangspunkt i et conjointstudie af 1.292 offentligt ansatte undersøger denne artikel betydningen af seks centrale jobegenskaber: løn, jobsikkerhed, prosocial indvirk-*

*ning, borgerkontakt, udfordringer og inklusion. Resultaterne viser, at højere værdier på jobegenskaber i næsten alle tilfælde er mere foretrukne end lavere værdier. De vigtigste jobegenskaber for jobattraktivitet er løn, jobsikkerhed og udfordringer. Der er mindre forskelle på jobegenskabernes betydning i sundhedsvæsenet og den offentlige sektor i øvrigt.*

Den danske offentlige sektor står over for en rekrutteringsudfordring, som er presserende på alle de store velfærdsområder. Udfordringen er særligt stor på sundhedsområdet, hvor der eksisterer et dobbelt pres: 1) behovet for sundhedsydelser er stigende, og 2) flere ansatte går på pension i de kommende år. Den offentlige sektor generelt og sundhedsvæsenet i særdeleshed må fremstå som attraktive arbejdspladser for at klare sig i konkurrencen om den begrænsede arbejdskraft. Det er samtidig centralt, at arbejdspladserne tiltrækker ansatte på de egenskaber, der skaber gode overensstemmelser med de ansattes værdier og ønsker til en attraktiv arbejdsplads. Det er meget veletableret, at god overensstemmelse (fit) mellem ansat og arbejdsplads i det lange løb fører til mere tilfredse og motiverede ansatte, stærkere tilknytning af de ansatte og bedre resultater for arbejdsplads, borgere og samfund (Chatman, 1991; Kerpeler og Papenfuß, 2021; Kjeldsen og Jacobsen, 2013)2013.

I denne artikel undersøger vi, hvordan forskellige jobegenskaber påvirker offentligt ansattes vurdering af et hypotetisk jobs attraktivitet, og om der er forskel mellem ansatte i sundhedsvæsenet og den øvrige offentlige sektor. Gennem et conjoint-eksperimentelt studie af 1.292 offentligt ansatte afdækker vi seks centrale jobegenskaber. Vi bidrager med eksperimentel viden om, hvilke jobegenskaber offentligt ansatte opfatter som attraktive, samt viden om den relative betydning af udvalgte jobegenskaber. Desuden bidrager vi med viden om forskelle mellem offentligt ansatte i sundhedsvæsenet og øvrige offentligt ansatte.

## **Teoretisk ramme – overensstemmelse mellem ansøgere og omgivelser**

Når ansøgere skal vælge job, leder de som udgangspunkt efter forhold, som har god overensstemmelse med deres centrale værdier og motivation. Ansø-

### **RUNE GODSKE BACHMANN**

Videnskabelig assistent,  
Kong Frederiks Center for  
Offentlig Ledelse,  
Institut for Statskundskab,  
Aarhus Universitet,  
runegb@ps.au.dk

### **JACOB DAUGAARD KRISTENSEN**

Cand.scient.pol., Institut  
for Statskundskab, Aarhus  
Universitet

### **CHRISTIAN BØTCHER JACOBSEN**

Professor, Kong Frederiks  
Center for Offentlig Ledelse,  
Institut for Statskundskab,  
Aarhus Universitet,  
christianj@ps.au.dk

gere har i udgangspunktet ikke fuldt overblik over alle jobmuligheder, og de søger derfor efter og reagerer på baggrund af de tilgængelige signaler fra mulige arbejdsgivere om forskellige faktorer, der kan gøre et job mere eller mindre attraktivt (Erhart og Ziegert, 2005: 906).

Litteraturen peger på, at ansøgers vurdering af fit (overensstemmelse) opstår i interaktionen mellem individets værdier og motiver og omgivelsernes karakteristika, som i dette tilfælde er egenskaber ved et arbejde (Cable og Judge, 1996; Kristof-Brown et al., 2023). Fit mellem individ og arbejde findes på mange niveauer, hvor de mest centrale er: miljø, organisation og job (Kristof-Brown et al., 2005, s. 281). Konkrete faktorer kan sjældent isoleres til ét niveau, og vi benytter betegnelsen jobegenskaber om de forhold ved en ansættelse, der kan tiltrække individer (dvs. fit mellem individ og job), selvom egenskaberne nogle gange kan være givet af forhold på miljø- eller organisationsniveau.

Jobegenskaber defineres som de karakteristika ved et job, som et individ inddrager i vurderingen af jobattraktivitet. Information vedrørende en stilling eller en organisation kan udgøre jobegenskaber, som i rekrutteringslitteraturen er koblet til individets behov og motivation (Cantarelli et al., 2020; Keppeler og Papenfuß, 2021; Korac et al., 2020; Vogel og Satzger, 2024). For at forstå hvordan et individ vurderer kompatibiliteten mellem jobegenskaber og egne karakteristika, trækker vi på litteratur om signalering og begrænset rationalitet, der tilsiger at individet håndterer det informationstunge jobmarked ved at tolke jobbet faktiske forhold for at finde et tilfredsstillende fit snarere end det perfekte fit (Keppeler og Papenfuß, 2023; Lievens og Slaughter, 2016; Weske et al., 2020).

## Hvad tiltrækker ansatte til en arbejdsplads?

I litteraturen har der været fokus på præferencer for mange forskellige jobegenskaber, men der mangler studier, som undersøger den relative betydning mellem jobegenskaber. Fra motivationslitteraturen har vi en række bud på forskellige motivationsfaktorer, der kan gøre sig gældende i forskellig grad, når individer vurderer jobattraktivitet. Her sonderer vi mellem intrinsisk, ekstrinsisk og prosocial motivation. Distinktionen mellem netop disse tre motivationsformer er anerkendt i litteraturen og anvendes bl.a. til at undersøge medarbejderes motivation og organisatorisk tiltrækning (Andersen et al., 2018; Asseburg og Homberg, 2020).

Prosocial motivation henviser til, at man er motiveret af muligheden for at gøre en positiv forskel for andre mennesker (Grant, 2008). I tråd med andre studier betragter vi prosocial motivation som en bred kategori, der dækker over motivationen for både at hjælpe specifikke "andre" samt hele samfundet (Andersen et al., 2018; Oelberger et al., 2023). At have muligheden for at have prosocial betydning er centralt for ansatte med public service motivation (PSM), som er drevet af motivation rettet mod at bidrage gennem leveringen af offentlig service (Kjeldsen, 2012). I en rekrutteringskontekst forventer vi, at

individer, der er prosocialt motiverede, tiltrækkes af jobs, der tilbyder håndgribelige muligheder for at gøre en forskel for andre – kendte som ukendte.

Intrinsisk motivation opstår ifølge selvbestemmelsesteorien, når handlingen findes interessant eller nydelsesfuld i sig selv (Ryan og Deci, 2000). Som Andersen et al. (2018: 289) formulerer det: “Det er nydelsen ved selve opgaven (og ikke dens konsekvenser), der driver adfærden” (vores oversættelse). Intrinsisk motivation faciliteres, når tre grundlæggende psykologiske behov for autonomi, kompetence og for at høre til (relatedness) er opfyldte, og i en rekrutteringskontekst forventer vi, at mulighed for tilfredsstillende af disse tre behov generelt gør et job mere attraktivt.

Ekstrinsisk motivation er rettet mod opnåelsen af ydre konsekvenser i form af at få så meget som muligt til gengæld for så lille en indsats som muligt. I en rekrutteringskontekst forventes den ekstrinsisk motiverede ansatte således at være tiltrukket af de instrumentelle, eksterne gevinster ved ansættelse som en høj timeløn, jobsikkerhed, favorable arbejdstider (Andersen et al., 2018; Ross, 1973).

## Centrale jobegenskaber for tiltrækning til et job i det offentlige (sundhedsvæsen)

Vi ønsker at undersøge centrale jobegenskaber, som knytter sig til både ekstrinsisk, intrinsisk og prosocial motivation, og vi vælger to fra hver gruppe. De i alt seks jobegenskaber er: løn og jobsikkerhed (ekstrinsisk motivation), prosocial indvirkning og borgerkontakt (prosocial motivation) samt udfordringer og inklusion (intrinsisk motivation).

### Løn

Løn er i kraft af sin instrumentelle værdi en væsentlig kilde til ekstrinsisk motivation (Van den Broeck et al., 2021), idet en højere indkomst alt andet lige giver mulighed for et større forbrug og dermed højere nytte. Rainey skriver om offentligt ansatte (1982: 297), at “økonomiske og andre ydre belønninger værdsættes højt af mange ansatte i den offentlige sektor” (vores oversættelse). Dette understøttes generelt i litteraturen. F.eks. fandt en meta-analyse af Judge et al. (2010) en positiv sammenhæng mellem lønniveau og jobtilfredshed, hvilket tyder på, at højere løn kan øge den opfattede jobattraktivitet. Cantarelli et al. (2020) finder ligeledes, at en lønstigning på 7 pct. (fra 1.300 til 1.400 euro) har en stærk effekt på jobattraktivitet for sygeplejersker og assistenter. Ripoll et al. (2023: 12) finder også stærke effekter i en lignende undersøgelse, men undersøger meget store lønforskelle på 50 pct. eller 100 pct.. Dette studie finder desuden marginalt aftagende effekter af højere løn på villighed til at søge et job. Med afsæt i ovenstående opstiller vi første hypotese:

**H1:** Offentligt ansatte vil opfatte jobs med det højeste niveau af løn som mest attraktive, jobs med det mellemste niveau af løn som mindre attraktive og jobs med det laveste niveau af løn som mindst attraktive.

## **Jobsikkerhed**

Ved jobsikkerhed forstås sandsynligheden for, at en ansøger kan beholde jobbet. Der er flere grunde til at, at stabile ansættelsesforhold kan være en attraktiv komponent af offentlig ansættelse og en generel indikator for, hvor attraktiv et individ finder en given stilling. Høj jobsikkerhed er i mange studier blevet fremhævet og empirisk underbygget, som en central faktor i tiltrækningen til arbejde i den offentlige sektor (Leisink og Steijn, 2008; Linos, 2018). Et nyligt metastudie viser f.eks., at jobsikkerhed korrelerer positivt med bl.a. jobtilfredshed (Hur, 2022). Vi opstiller derfor anden hypotese:

**H2:** Offentligt ansatte vil opfatte jobs med det højeste niveau af jobsikkerhed som mest attraktive, jobs med det mellemste niveau af jobsikkerhed som mindre attraktive og jobs med det laveste niveau af jobsikkerhed som mindst attraktive.

## **Borgerkontakt**

Ved borgerkontakt forstår vi den ansattes direkte og personlige kontakt med borgere, brugere, patienter, klienter mm. Hyppig borgerkontakt forventes at være en jobegenskab, der korrelerer positivt med jobattraktivitet. Grant (2007: 398) formulerer det væsentlige i den direkte, relationelle borgerkontakt: "Medarbejdere søger ikke blot meningsfulde opgaver, men også meningsfulde relationer". Borgerkontakt er således en attraktiv jobegenskab, fordi den gør det muligt at tilfredsstille et ønske om at gøre en konkret forskel for konkrete personer. Borgerkontakt kan desuden understøtte behovet for at høre til, som ifølge selvbestemmelsesteorien er et grundlæggende menneskeligt behov (Ryan og Deci, 2000).

Flere studier har fundet, at borgerkontakt korrelerer positivt med relevante afhængige mål. Oelberger et al. (2023) finder f.eks. at relationelt arbejde – f.eks. med borgere – korrelerer positivt med jobtilfredshed. Canterelli et al. (2020) finder på tilsvarende vis, at sygeplejersker i gennemsnit er villig til at opgive 1,63 pct. af deres løn for at have hyppig patientkontakt. Faktisk fandt de, at patientkontakten var den vigtigste faktor med henblik på at forudse tiltrækning til et job. Tredje hypotese lyder derfor:

**H3:** Offentligt ansatte vil opfatte jobs med det højeste niveau af borgerkontakt som mest attraktive, jobs med det mellemste niveau af borgerkontakt som mindre attraktive og jobs med det laveste niveau af borgerkontakt som mindst attraktive.

## **Prosocial indvirkning**

Uanset om man har direkte borgerkontakt eller ej, kan offentligt ansatte i større eller mindre grad opleve, at de har mulighed for at have positiv indvirkning på andre og samfundet gennem deres job. Vi forstår prosocial indvirkning som det at gøre en forskel for andre, dvs. et begreb der er nært beslægtet med prosocial motivation (Grant, 2008). Hvor borgerkontakt handler om relationer til konkrete andre, så handler prosocial indvirkning om at gøre forskel for en

ukendt anden. Battaglio et al. (2022) finder f.eks., at sandsynligheden for, at offentligt ansatte er tilfredse med deres arbejde, fordobles, hvis de føler, at de har en stor indvirkning på borgerens liv, set relativt til, hvis de føler, at de har en lille indvirkning. Nyere studier (Vogel og Satzger, 2024; Oelberger et al., 2023) viser desuden positive effekter af mål, der ligner prosocial indvirkning på f.eks. jobtilfredshed. Selvom disse studier ikke undersøger jobattraktivitet og deres begreber ikke dækker prosocial indvirkning specifikt, så tyder både teori og empiri på, at prosocial indvirkning spiller en positiv rolle. Vi forventer derfor følgende:

**H4:** Offentligt ansatte vil opfatte jobs med det højeste niveau af prosocial indvirkning som mest attraktive, jobs med det mellemste niveau af prosocial indvirkning som mindre attraktive og jobs med det laveste niveau af prosocial indvirkning som mindst attraktive.

### **Udfordringer**

Udfordrende arbejdsopgaver er varierende og kræver, at den ansatte bringer sine kompetencer i spil. Behovet for at bruge egne kompetencer og føle sig kompetent i opgaveløsningen udspringer af et basalt behov for mestring og udnyttelse af egne ressourcer, og fordrer ifølge litteraturen den intrinsiske motivation (Ryan og Deci, 2000). Der er således noget iboende tilfredsstillende og selvtillidsopbyggende ved at bringe kompetencer i spil og derigennem overkomme svære opgaver. Udfordrende arbejdsopgaver, der forudsætter kompetence forventes således at være appellerende for den kompetente (Linos, 2018). Dette forventes særligt at gøre sig gældende for offentligt ansatte, da stillinger i den offentlige sektor ofte kræver fagspecifikke kompetencer, hvilket f.eks. ses på sundhedsområdet. Studier har desuden kædet udfordrende arbejdsopgaver sammen med både større professionelt engagement (Mauno et al., 2007) og større tilbøjelighed til at søge job i politiet (Linos, 2018).

Det bemærkes, at ikke alle offentlige stillinger kræver specialiseret viden, ligesom der forventeligt også findes offentligt ansatte, der ikke ser samme værdi i udfordringer, men i stedet foretrækker en hverdag præget af simple rutineprægede opgaver. Vores generelle forventning er dog alligevel, med henvisning til et basalt psykologisk behov for at udøve og føle kompetence, at offentligt ansatte vil opfatte jobs med høj grad af udfordring som attraktive. Hypotese 5 følger deraf:

**H5:** Offentligt ansatte vil opfatte jobs med det højeste niveau af udfordring som mest attraktive, jobs med det mellemste niveau af udfordring som mindre attraktive og jobs med det laveste niveau af udfordring som mindst attraktive.

### **Inklusion**

Ved inklusion forstår vi, at arbejdspladsen er inkluderende, når den har et eksplicit fokus på skabelsen og opretholdelsen af et inkluderende klima, hvor diversitet værdsættes og ses som en styrke (Ashikali et al., 2021: 500).

Vi forventer, at offentligt ansatte generelt vil finde inkluderende arbejdspladser mere attraktive, fordi vi forventer, at alle mennesker, med udgangspunkt i selvbestemmelsesteori (Ryan og Deci, 2000), foretrækker inkluderende arbejdspladser, fordi det understøtter intrinsisk motivation at færdes i miljøer præget af tryghed og fornemmelsen af at høre til (Duerrenberger og Warning, 2023). Nogle forfattere finder, at et eksplicit fokus på inklusion kan have en negativ effekt på majoritetskandidater (Plaut et al., 2011). Vi forventer imidlertid at den positive effekt gennemsnitligt vil være stærkere end en eventuel negativ effekt. Vi opstiller derfor den sjette og sidste hypotese:

**H6:** Offentligt ansatte vil opfatte jobs med det højeste niveau af inklusion som mest attraktive, jobs med det mellemste niveau af inklusion som mindre attraktive og jobs med det laveste niveau af inklusion som mindst attraktive.

### Hvor kan der være forskelle mellem offentligt ansatte i sundhedsvæsenet og i øvrigt?

Som nævnt interesserer vi os også for, hvilke jobegenskaber offentligt ansatte i sundhedsvæsenet finder attraktive relativt til offentligt ansatte i øvrigt. Vi formulerer ikke klare forventninger til forskelle, men arbejder ud fra en forventning i forskningslitteraturen om, at der vil være mange ligheder mellem den offentlige sektors ansatte i den forstand, at man har valgt at arbejde for samfundet. Samtidig kan der være forskelle knyttet til f.eks. lønniveauer, opgavetyper og borgerkontakt, der kendetegner forskellige jobs (Kjeldsen, 2012). I danske undersøgelser har ansatte i sundhedsvæsenets f.eks. angivet at være prosocialt motiveret og særligt stærkt i relation til den enkelte borger (Motivationsundersøgelsen, 2021). Derudover er sundhedsvæsenet karakteriseret ved et relativt højt uddannelsesniveau, som kan betyde, at mange motiveres særligt af intrinsiske faktorer som udfordringer i arbejdet. På baggrund af litteraturen er det svært at pege på klare forventninger til forskellige præferencer for ekstrinsiske faktorer som løn og jobsikkerhed.

### Det conjointeksperimentelle design

Vi anvender et conjointeksperiment, som er en surveyeksperimentel metode, der tillader kausal estimering af de enkelte jobegenskabers relative betydning for individets præferencer i en opstillet valgsituation (Bansak et al., 2018, 2023; Hainmueller et al., 2015). Metoden har sin oprindelse i økonomien og i marketingstudier af forbrugerpræferencer (Green og Rao, 1971; Green et al., 2001), men anvendes i dag udbredt i samfundsvidenskaberne. Designet er anvendt i nyere rekrutteringsstudier (Cantarelli et al., 2020; Lee og Jilke, 2023) til at undersøge offentligt ansattes jobpræferencer.

I vores design skal respondenterne vælge mellem to hypotetiske jobs a syv omgange. Disse jobs varierer tilfældigt i forhold til de seks udvalgte jobegenskaber. Disse er udformet med udgangspunkt i forskningslitteraturen samt for at sikre en høj målingsvaliditet. Hver jobegenskab har et middelniveau og to niveauer, som ligger hhv. tydeligt, men ikke radikalt, over og under middel-

niveauet (se tabel 1). For løn har vi f.eks. valgt ”en løn omkring gennemsnittet for lignende stillinger” som middelværdien og hhv. 10 pct. over og under gennemsnittet som høj og lav værdi. Særligt jobsikkerhed har været vanskelig, og her har vi valgt fast stilling som høj grad af jobsikkerhed og midlertidig stilling med og uden mulighed for forlængelse som hhv. mellem og lav grad af jobsikkerhed. Vi anerkender, at der kunne foretages andre operationaliseringer af disse jobegenskaber, men vi vurderer, at variationen giver mulighed for rent faktisk at måle betydningen af relevante og markante variationer i jobegenskaberne.

Tabel 1: Operationalisering af jobegenskaber (seks attributter med tre niveauer hver)

Jobegenskab	Mulige niveauer
<b>Løn</b>	En løn 10 pct. over gennemsnittet for lignende stillinger En løn omkring gennemsnittet for lignende stillinger En løn 10 pct. under gennemsnittet for lignende stillinger
<b>Jobsikkerhed</b>	En fast stilling En midlertidig stilling med mulighed for forlængelse En midlertidig stilling uden mulighed for forlængelse
<b>Prosocial indvirkning</b>	Du har i høj grad mulighed for at gøre en forskel for andre Du har i nogen grad mulighed for at gøre en forskel for andre Du har i lav grad mulighed for at gøre en forskel for andre
<b>Borgerkontakt</b>	Daglig personlig kontakt med borgere Hyppig, men ikke daglig, personlig kontakt med borgere Sjældent personlig kontakt med borgere
<b>Udfordringer</b>	Flest udfordrende opgaver, hvor du ofte bruger dine faglige kompetencer En blanding af udfordrende og simple opgaver, hvor du i skiftende grad bruger dine faglige kompetencer Flest simple opgaver, hvor du sjældent bruger dine faglige kompetencer
<b>Inklusion</b>	En arbejdsplads med et stort fokus på at værdsætte diversitet blandt medarbejdere En arbejdsplads med nogen fokus på at værdsætte diversitet blandt medarbejdere En arbejdsplads uden et særligt fokus på at værdsætte diversitet blandt medarbejdere

I selve udformningen af valgsituationen har vi tilstræbt en rækkefølge, der kunne optræde i et virkeligt jobopslag. Respondenterne præsenteres først for typen af ansættelse (jobsikkerhed), hvorefter jobbet indhold præsenteres (udfordringer, borgerkontakt, prosocial indvirkning), dernæst information om arbejdspladsen (inklusion) og slutteligt lønnen. Visningsrækkefølgen bidrager dels til den økologiske validitet, men vigtigst lettes den kognitive belastning på respondenterne. Tabel 2 viser et konkret eksempel på en valgsituation. Vi benytter et JavaScript indbygget i survey-programmet Qualtrics til at sikre, at samtlige niveauer genereres automatisk for hvert valgsæt for hver respondent. Dette sker automatisk, når en respondent åbner spørgeskemaet. Niveauerne er altså fuldt randomiserede og tildelt tilfældigt. Hver respondent gennemfører som nævnt syv valgsituationer og præsenteres derfor for maksimalt 14 jobprofiler.



Tabel 2: Eksempel på en valgsituation, hvor niveauerne af hver jobegenskab er randomiserede

JOB 1	JOB 2
En fast stilling	En midlertidig stilling uden mulighed for forlængelse
Flest simple opgaver, hvor du sjældent bruger dine faglige kompetencer	Flest udfordrende opgaver, hvor du ofte bruger dine faglige kompetencer
Daglig personlig kontakt med borgere	Daglig personlig kontakt med borgere
Du har i lav grad mulighed for at gøre en forskel for andre	Du har i nogen grad mulighed for at gøre en forskel for andre
En arbejdsplads med et stort fokus på at værdsætte diversitet blandt medarbejdere	En arbejdsplads med nogen fokus på at værdsætte diversitet blandt medarbejdere
En løn 10% over gennemsnittet for lignende stillinger	En løn omkring gennemsnittet for lignende stillinger

Hvilke af disse to jobs finder du mest attraktivt?

Job 1 (til venstre) <input type="radio"/>	Job 2 (til højre) <input type="radio"/>
----------------------------------------------	--------------------------------------------

Det her er 1. gang du vælger mellem to jobs. Du skal vælge i alt 7 gange. Efter det er spørgeskemaet færdigt.

Note: Før valgsituationen er respondenterne blevet præsenteret for følgende beskrivelse: "På næste side bliver du præsenteret for to jobs (Job 1 og Job 2), der er beskrevet ud fra nogle forskellige egenskaber. Job 1 og Job 2 kan ligne hinanden, men er alligevel forskellige. Vi vil bede dig om at fortælle, hvilket job du samlet set finder mest attraktivt. Dernæst gentager øvelsen sig med andre jobs."

### **Dataindsamling**

Datagrundlaget bygger på en bred indsamling gennem tre kilder: 1) faglige fællesskaber på Facebook (f.eks. gruppen "Pædagog"); 2) faglige netværk, som vi har fået adgang til gennem tovholdere for disse netværk; og 3) offentligt ansatte i vores eget netværk som er inviteret til at deltage i undersøgelsen gennem offentlige opslag på sociale medier. Dataindsamlingen blev gennemført i april og maj 2024. 1.514 offentligt ansatte åbnede spørgeskemaet, hvoraf 1.292 (85,3 pct.) gennemførte mindst et jobvalg og 1.099 (72,6 pct.) gennemførte hele spørgeskemaet (syv jobvalg). I alt blev der gennemført 8.108 jobvalg svarende til 16.216 observationer, heraf 4.308 fra sundhedsvæsenet.

## Analysestrategi

Vi benytter målet Marginal Means, som er velafprøvet i conjointlitteraturen (Cantarelli et al., 2020; Hainmueller et al., 2014; Lee og Jilke, 2023). I vurderingen af den relative betydning af jobegenskaberne bruger vi Average Marginal Component Effect (AMCE), som er et mål for den kausale effekt af en ændring på én attribut i gennemsnit givet effekterne af de andre inkluderede attributter og af eventuelle heterogene effekter på tværs af attributter (Hainmueller et al., 2014: 10). De to mål er matematisk tilsvarende, og vekslingen mellem dem sker alene for at lette tolkningen i de konkrete situationer. Alle estimater er udregnet med klyngejusterede standardfejl på individniveau. Marginal Means angiver den gennemsnitlige forudsagte sandsynlighed for at vælge jobbet. En koefficient over 0,5 indikerer en øget sandsynlighed for at jobbet vælges, mens en koefficient under 0,5 indikerer en lavere sandsynlighed. Både Marginal Means samt AMCE er beregnet med pakken 'cregg' til statistikprogrammet R. Pakken – herunder de matematiske formler, som den trækker på – omtales også i Leeper et al. (2020) og den tekniske specifikation kan tilgås via Leeper (2020).

Da indsamlingsstrategien har karakter af en bekvemmelighedsstrategi, har vi undersøgt stikprøvens repræsentativitet. Det fremgår af det supplerende materiale, at der i stikprøven er en overrepræsentation af offentligt ansatte over 40 år, kvinder og højtuddannede. Af tabel 3 fremgår respondenternes og observationernes fordeling inden for områder i den offentlige sektor. Vi vil dog bemærke – i tillæg til tabel 3 – at der blandt de respondenter, som arbejder i sundhedsvæsenet, er en overrepræsentation af sygeplejersker, idet de udgør knap to tredjedele af gruppen 'Sundhed og pleje'.

Tabel 3: Respondenter og observationer fordelt efter ansættelsesområde.

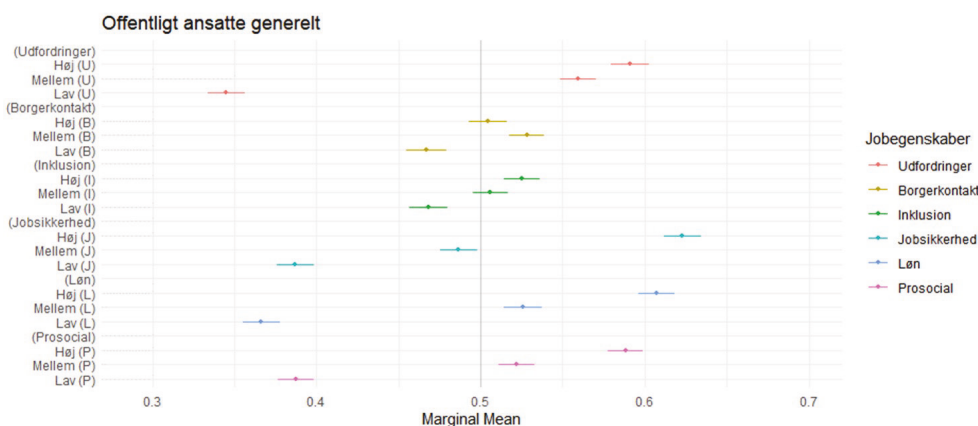
Område	Antal respondenter (pct.)	Antal observationer (pct.)
Administration og forvaltning	305 (23,6 pct.)	3.884 (24,0 pct.)
Andet, skriv her [åbent tekstfelt]	96 (7,4 pct.)	1.208 (7,4 pct.)
Beredskab, forsvar, retsvæsen eller politi	149 (11,5 pct.)	1.806 (11,1 pct.)
Børnepasning og dagtilbud	69 (5,3 pct.)	870 (5,4 pct.)
Forsyning, logistik, infrastruktur og byggeri	5 (0,4 pct.)	66 (0,4 pct.)
Kultur, natur og formidling	15 (1,2 pct.)	186 (1,1 pct.)
Rengøring, vedligehold og renovation	3 (0,2 pct.)	20 (0,1 pct.)
Socialområdet	143 (11,1 pct.)	1.830 (11,3 pct.)
Sundhed og pleje	346 (26,8 pct.)	4.244 (26,2 pct.)
Undervisning (både børn og voksne)	159 (12,3 pct.)	2.074 (12,8 pct.)
Ønsker ikke at svare	2 (0,2 pct.)	28 (0,2 pct.)
Total	1.292 (100 pct.)	16.216 (100 pct.)

## Analyse af præferencer for jobegenskaber blandt sundhedsansatte og øvrige offentligt ansatte

Analysen viser, at alle seks jobegenskaber har betydning for respondenternes jobvalg. Figur 1 viser sandsynligheden for at vælge et givet job for de tre niveauer af hver af de seks jobegenskaber. Figuren viser for eksempel, at sandsynligheden for at vælge et job er 36,7 pct., hvis lønnen er lav, 52,6 pct., hvis lønnen er middel, og 60,7 pct., hvis lønnen er høj. Samtidig angiver de vandrette linjer usikkerheden knyttet til hvert af disse estimater på sandsynligheden for at vælge et job. Samlet set viser figur 1, at for alle jobegenskaber bortset fra borgerkontakt er højere niveauer af en egenskab forbundet med større præference for et givent job. For borgerkontakt er det dog mere attraktivt at have hyppig frem for daglig kontakt med brugerne. Dette er den eneste jobegenskab, hvor det højeste niveau ikke er det mest attraktive. Derudover har nogle jobegenskaber større betydning end andre. De vigtigste jobegenskaber er udfordringer, jobsikkerhed og løn, fordi høje værdier på disse faktorer gør et job mest attraktivt, mens lave værdier også gør det mest uattraktivt. Prosocial indvirkning er lidt mindre vigtigt, mens borgerkontakt og inklusion er noget mindre vigtige i den forstand, at de giver mindre udslag i attraktiviteten.

➤ De vigtigste jobegenskaber er udfordringer, jobsikkerhed og løn, fordi høje værdier på disse faktorer gør et job mest attraktivt, mens lave værdier også gør det mest uattraktivt

Figur 1: Estimerede Marginal Means for hvert niveau af de seks jobegenskaber på tværs af alle respondenter

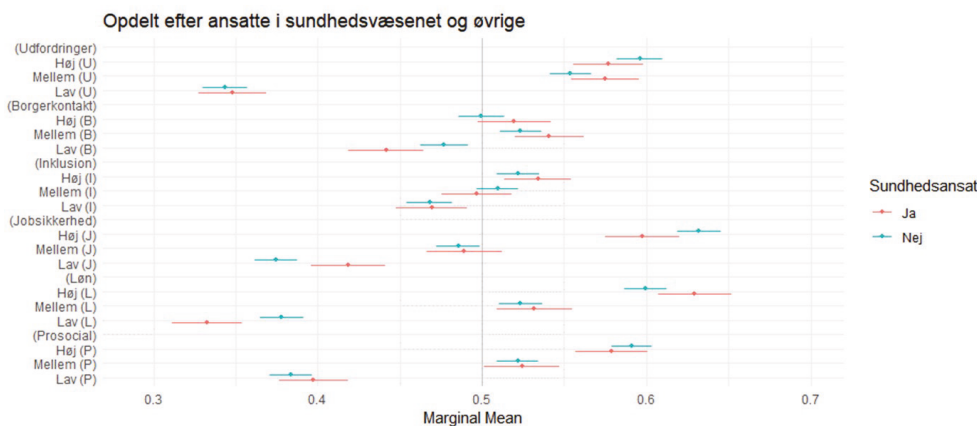


Det næste spørgsmål vedrører, om ansatte i sundhedsvæsenet adskiller sig fra andre offentligt ansatte i forhold til vurdering af jobegenskaber. Figur 2 viser for det første, at sundhedsvæsenet overordnet set i store træk ligner andre offentligt ansatte, men at der også er både større og mindre forskelle på flere områder. Figuren viser bl.a., at offentligt ansatte i sundhedsvæsenet vægter løn relativt højere end øvrige offentligt ansatte. En separat analyse (ikke vist her) viser, at denne forskel kun gælder for sygeplejerskerne og ikke for de øvrige faggrupper i sundhedsvæsenet. Omvendt vægter ansatte i sundhedsvæse-

net jobsikkerhed markant mindre relativt til de øvrige offentligt ansatte. For både udfordringer og prosocial indvirkning er vægtningen marginalt mindre, mens vægtningen er højere for borgerkontakt og stort set ens for inklusion. Det er værd at bemærke, at udfordringer, jobsikkerhed og prosocial indvirkning stadig er væsentlige jobegenskaber, når de sundhedsansatte skal vurdere jobattraktivitet – bare langt fra i samme grad som løn.

## Offentligt ansatte i sundhedsvæsenet vægter løn relativt højere end øvrige offentligt ansatte

Figur 2: Estimerede Marginal Means for hvert niveau af de seks jobegenskaber på tværs for ansatte i sundhedsvæsenet og andre



Dette billede understøttes også af tabel 4, som rapporterer effekten af at gå fra lavt niveau til højt niveau på hver enkelt jobegenskab. Tabellen giver et bud på, hvor meget den enkelte egenskab gennemsnitligt rykker individets præferencer samlet set i vores hypotetiske, eksperimentelle kontekst. Denne tilgang understreger rangordningen af jobegenskaberne hos den generelle offentligt ansatte, hvor udfordringer, jobsikkerhed og løn fremstår som de vigtigste lige foran prosocial indvirkning, mens borgerkontakt og inklusion tydeligvis er mindre vigtige.

Det understøttes også af betalingsvilligheden, altså villigheden til at afgive løn for at undgå et lavere niveau af en anden jobegenskab. I en direkte afvejning mellem det lave niveau af løn og det lave niveau af udfordringer, viser resultaterne, at offentligt ansatte generelt vil acceptere lønnedgangen alt andet lige. Dette er ikke tilfældet for ansatte i sundhedsvæsenet. Løn – og særligt at undgå det lave niveau af løn – er den vigtigste jobegenskab for de sundhedsansatte i vores undersøgelse. For alle øvrige jobegenskaber gælder det, at der hverken for offentligt ansatte generelt eller sundhedsansatte er betalingsvillighed.

Tabel 4. Effekten af at gå fra lavt til højt niveau af hver jobegenskab (AMCE)

Jobegenskab	AMCE af højt niveau, når lav er referencekategori		
	Alle offentligt ansatte	Kun sundhed	Kun øvrige
Løn	0,236 [0,218 - 0,255]	0,284 [0,249 - 0,320]	0,220 [0,198 - 0,242]
Udfordringer	0,243 [0,224 - 0,262]	0,220 [0,184 - 0,256]	0,251 [0,229 - 0,273]
Jobsikkerhed	0,240 [0,221 - 0,259]	0,186 [0,149 - 0,223]	0,260 [0,238 - 0,282]
Prosocial indvirkning	0,201 [0,183 - 0,219]	0,177 [0,141 - 0,213]	0,208 [0,187 - 0,229]
Borgerkontakt	0,038 [0,018 - 0,059]	0,073 [0,034 - 0,111]	0,026 [0,001 - 0,050]
Inklusion	0,063 [0,044 - 0,081]	0,067 [0,034 - 0,111]	0,061 [0,039 - 0,083]

Note: Tallene i firkantede parenteser angiver 95-pct.-konfidensintervaller. For AMCE af mellemniveau, se det supplerende materiale.

## Udfordringer, jobsikkerhed og løn er vigtigst

Undersøgelsen har givet et indblik i den relative effekt af de seks undersøgte jobegenskaber. Analysen tegner et billede af, at særligt tre jobegenskaber fremstår som vigtigst for de offentligt ansatte: udfordringer, jobsikkerhed og løn. Vi kan ikke rangordne betydningen af disse tre forhold, men vi kan sige, at de er mere betydningsfulde end prosocial indvirkning, som igen er væsentligt vigtigere end inklusion og borgerkontakt. Analysen indikerer, at alle jobegenskaberne har betydning for jobattraktivitet.

**» Dette kvalificerer forventningen om, at offentligt ansatte og særligt sundhedsansatte altid er villige til at ofre personlige gevinster for muligheden for at gøre en forskel for andre**

Undersøgelsen tegner et billede af, at offentligt ansatte, både i sundhedssektoren og i den offentlige sektor bredt set, først og fremmest har sig selv og egne interesser for øje, når de vælger job. Her skal egne interesser ikke forstås snævert som udelukkende økonomiske og ekstrinsiske faktorer. Lige så vigtigt er nemlig behovet for at imødegå udfordringer og bruge sine kompetencer i arbejdslivet. De offentligt ansatte tiltrækkes dog ikke kun af jobegenskaber, der kommer dem direkte til gode. Muligheden for at gøre en forskel er også en vigtig faktor i jobvalget. Det er dog også bemærkelsesværdigt, at de offentligt ansatte ikke er villige til at betale med en lønnedgang på 10 pct. for at opnå højeste grad af prosocial indvirkning. Dette kvalificerer forventningen om, at offentligt ansatte og særligt sundhedsansatte altid er villige til ofre personlige gevinster for muligheden for at gøre en forskel for andre.

De mindst væsentlige jobegenskaber er inklusion og borgerkontakt, der begge har en markant lavere samlet effekt på jobattraktivitet end de øvrige jobegenskaber. Dette kan ses som udtryk for, at disse faktorer ikke er særligt væsentlige for offentligt ansattes vurdering af jobattraktivitet, men det kan også være udtryk for, at de blot ikke er væsentlige for alle offentligt ansatte. Resultaterne peger på, at særligt borgerkontakt er central for de grupper, som arbejder i en branche, hvor kontakt til brugerne er centralt. Det gælder for mange ansatte i sundhedsvæsenet. I lyset af tidligere studier (Cantarelli et al., 2020) er det overraskende, at alle offentligt ansatte, også i sundhedsvæsenet, foretrækker det midterste frem for det højeste niveau af borgerkontakt. Resultaterne peger på, at borgerkontakt og inklusion har betydning på vurderet jobattraktivitet men ikke i en grad, der kan måle sig med de øvrige jobegenskaber i undersøgelsen.

### **Muligheder og begrænsninger ved forskningsdesignet**

En indvending kan være, hvorvidt formuleringerne i jobprofilerne reelt dækker over de jobegenskaber, som vi påstår, at de gør. For at kunne sammenligne på tværs af arbejdsområder, har vi anvendt generiske operationaliseringer med plads til fortolkning. Hermed accepteres risici for at overse nogle nuancer ift. betydningen af meget jobspecifikke egenskaber. I den eksperimentelle kontekst er jobegenskaberne og deres niveau desuden meget eksplicite, hvor respondenterne i valget mellem virkelige jobopslag formentligt skulle afkode mere implicite formuleringer. Det er derfor meget muligt, at afvejningen i den eksperimentelle kontekst er mere nøjeregnende, end hvis man blev præsenteret for jobegenskaberne i et faktisk jobopslag, hvorved effekterne af jobegenskaber kan overvurderes i vores undersøgelse.

### **Stikprøvens repræsentativitet**

Vores stikprøve er som nævnt ikke fuldt ud repræsentativ for populationen af offentligt ansatte. Vi har f.eks. en overrepræsentation af kvinder, ansatte over 40 år og højtuddannede i stikprøven. Vi har gennemført analyser opdelt på disse grupper (ikke vist), og de viser ikke nævneværdige forskelle på tværs af køn, alder og uddannelser. Vi gør dog opmærksom på, at resultaterne ikke nødvendigvis er direkte overførbare til de underrepræsenterede grupper. Et andet forhold er risikoen for, at den frivillige deltagelse muliggør, at personer med stærke holdninger holdninger er mere tilbøjelige til at deltage, hvilket potentielt kan betyde, at de målte præferencer er mere ekstreme end populationsgennemsnittet. Samlet er det vigtigt at være opmærksom på disse udfordringer for den eksterne validitet, som dog ikke udfordrer undersøgelsens interne validitet.

### **Implikationer af undersøgelsen**

Som behandlet ovenfor finder vi, at offentligt ansatte først og fremmest er tiltrukket af at bruge deres faglige kompetencer til at løse udfordringer, af jobsikkerhed og af løn. De tiltrækkes først og fremmest af jobegenskaber, der kommer dem direkte til gode, hvilket støtter op om lignende undersøgelser

fra andre lande (Linos, 2018). Selvom den offentlige sektor har et særligt potentiale i forhold til meningsfulde opgaver i tæt kontakt med borgerne og med respekt og hensyntagen for alle grupper, er det dog vigtigt, at tiltrækningen til jobs i den offentlige sektor fortsat handler om grundlæggende forhold som løn, jobsikkerhed og faglige udfordringer for den enkelte. I modsætning til de udenlandske studier finder vi dog også, at muligheden for prosocial indvirkning også betyder meget for jobattraktiviteten – men altså ikke så meget som f.eks. lønnen.

Både borgerkontakt og inklusion har en betydning, men er ikke afgørende. De lader med andre ord til at være *nice to have* for den gængse offentligt ansatte, men det betyder ikke, at de ikke også kan være *need to have* for nogle offentligt ansatte. Vores undersøgelse peger altså på et fortsat behov for at afdække, for hvilke offentligt ansatte borgerkontakt og inklusion er særligt vigtigt. Det gælder ikke mindst i sundhedsvæsenet, hvor borgerkontakten generelt er stor og for mange grupper en central del af arbejdsopgaverne. I forhold til inklusion er det derudover værd at være opmærksom på, at vi må forvente, at diversiteten fremadrettet stiger i den danske arbejdsstyrke, og at inklusion derfor sagtens kan blive vigtigere.

Undersøgelsen viser, at hvis man sammenholder med det mellemste niveau, så har lave niveauer af jobegenskaber generelt stærkere negative effekter, end de høje niveauer har tilsvarende positive effekter. F.eks. er effekten af at gå fra en gennemsnitlig til en højere løn betragteligt mindre, end effekten af at gå fra en gennemsnitlig til en lavere løn. En mulig implikation for rekrutteringspraksis vil således være, at der kan være betragtelige jobtiltrækningsmæssige fordele ved ikke *kun* at fokusere på alle de måder, hvorpå en stilling er god eller bedre end gennemsnittet, men også ved at fokusere på de måder, hvorpå en stilling er ”god nok”.

Vi kan se i hvert fald fire centrale muligheder for fremtidige undersøgelsers bidrag. For det første vil det være relevant med en undersøgelse til en repræsentativt udvalgt gruppe af ansatte for at få en bedre vurdering af resultaternes generelle gyldighed. For det andet kunne stikprøven med fordel udstrækkes til også at dække privatansatte for at få en bedre forståelse for, om der er særlige forhold, der gør sig gældende for tiltrækning til den offentlige eller private sektor. Tidligere undersøgelser har vist dette for enkelte faggrupper (Kjeldsen og Jacobsen, 2013), men vi mangler mere dækkende undersøgelser af sektorforskelle. Fremtidige undersøgelser kunne herudover med fordel gå mere ind i individ-siden af overensstemmelsen mellem individ og arbejde – f.eks. med en undersøgelse af eventuel heterogenitet på tværs af personlighedstræk. Endelig vil det være oplagt, at fremtidige studier også undersøger tiltrækning til jobs med forskningsdesigns med højere økologisk validitet, fx med brug af faktiske jobannoncer (Keppeler og Papenfuß, 2023).

## Der er forskel på ansatte i sundhedsvæsenet og andre offentligt ansatte

Denne undersøgelse var motiveret af den rekrutteringskrise, den offentlige sektor står over for, og specifikt af den mangel på viden, der gælder i forhold til den *relative* betydning af centrale jobegenskaber. Vi har undersøgt seks jobegenskaber, som er udvalgt ud fra den eksisterende litteratur. Resultaterne fra et conjointeksperiment med 1.292 offentligt ansatte bakker op om fem af de seks opstillede hypoteser. For alle seks jobegenskaber var især lave værdier forbundet med lavere jobattraktivitet end højere værdier. For fem forhold (udfordringer, løn, jobsikkerhed, prosocial indvirkning og inklusion) gjorde en høj værdi ydermere et job mere attraktivt end en middel værdi, mens det for borgerkontakt gjaldt, at en middel værdi (hyppig kontakt) gjorde et job marginalt mere attraktivt end en høj værdi (daglig kontakt).

Vi har ligeledes fundet, at der for flere jobegenskaber er forskel på ansatte i sundhedsvæsenet og andre offentligt ansatte. Det gælder særligt for jobegenskaberne løn og borgerkontakt, som vægtes relativt højere hos de ansatte i sundhedsvæsenet, mens især jobsikkerhed, men også udfordringer og prosocial indvirkning, er jobegenskaber, der vægtes relativt mindre.

## Referencer

- Andersen, L. B., L. H. Pedersen og O. H. Petersen (2018), "Motivational Foundations of Public Service Provision: Towards a Theoretical Synthesis", *Perspectives on Public Management and Governance*, 1(4): 283–98, <https://doi.org/10.1093/ppmgov/gvy003>
- Ashikali, T., S. Groeneveld og B. Kuipers (2021), "The Role of Inclusive Leadership in Supporting an Inclusive Climate in Diverse Public Sector Teams", *Review of Public Personnel Administration*, 41(3): 497–519, <https://doi.org/10.1177/0734371X19899722>
- Asseburg, J. og F. Homberg (2020), "Public Service Motivation or Sector Rewards? Two Studies on the Determinants of Sector Attraction", *Review of Public Personnel Administration*, 40(1), Article 1, <https://doi.org/10.1177/0734371X18778334>
- Bansak, K., J. Hainmueller og D. Hangartner, D. (2023), "Europeans' support for refugees of varying background is stable over time", *Nature*, 620(7975): 849–54, <https://doi.org/10.1038/s41586-023-06417-6>
- Bansak, K., J. Hainmueller, D. J. Hopkins og T. Yamamoto (2018), "The Number of Choice Tasks and Survey Satisficing in Conjoint Experiments", *Political Analysis*, 26(1): 112–9, <https://doi.org/10.1017/pan.2017.40>
- Battaglio, R. P., N. Belle og P. Cantarelli (2022), "Self-determination theory goes public: Experimental evidence on the causal relationship between psychological needs and job satisfaction", *Public Management Review*, 24(9): 1411–28, <https://doi.org/10.1080/14719037.2021.1900351>
- Cable, D. M. og T. A. Judge (1996), "Person-organization fit, job choice decisions, and organizational entry", *Organizational behavior and human decision processes*, 67(3), Article 3
- Cantarelli, P., N. Belle og F. Longo (2020), "Exploring the motivational bases of public mission-driven professions using a sequential-explanatory design" *Public Management Review*, 22(10): 1535–59, <https://doi.org/10.1080/14719037.2019.1642950>
- Chatman, J. A. (1991), "Matching People and Organizations: Selection and Socialization in Public Accounting Firms", *Administrative Science Quarterly*, 36(3), Article 3, <https://doi.org/10.2307/2393204>
- Christensen, A. I., C. J. Lau, P. L. Kristensen, PS. B. Johnsen, A. Wingstrand, K. Friis, M. Davidsen og A. H. Andreasen (2022), "The Danish National Health Survey: Study design, response rate and respondent characteristics in 2010, 2013 and 2017", *Scandinavian Journal of Public Health*, 50(2): 180–8, <https://doi.org/10.1177/1403494820966534>
- Duerrenberger, N. og S. Warning (2023), "Psychological needs at work and job satisfaction: Is there a divide between the public and private sectors?" *Public Management Review*, 1–23, <https://doi.org/10.1080/14719037.2023.2283609>
- Grant, A. M. (2007), "Relational Job Design and the Motivation to Make a Prosocial Difference", *Academy of Management Review*, 32(2): 393–417, <https://doi.org/10.5465/amr.2007.24351328>



- Grant, A. M. (2008), "Employees without a Cause: The Motivational Effects of Prosocial Impact in Public Service", *International Public Management Journal*, 11(1): 48–66, <https://doi.org/10.1080/10967490801887905>
- Green, P. E. og V. R. Rao (1971), "Conjoint Measurement for Quantifying Judgmental Data", *Journal of Marketing Research*, 8(3): 355–63, <https://doi.org/10.2307/3149575>
- Green, P. E., A. Krieger og Y. Wind (2001), "Thirty Years of Conjoint Analysis: Reflections and Prospects", *Interfaces*, 31: S56–S73, 10.1287/inte.31.4.56.9676
- Hainmueller, J., D. Hangartner og T. Yamamoto (2015), "Validating vignette and conjoint survey experiments against real-world behavior", *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 201416587, <https://doi.org/10.1073/pnas.1416587112>
- Hainmueller, J., D. J. Hopkins og T. Yamamoto, T. (2014), "Causal inference in conjoint analysis: Understanding multidimensional choices via stated preference experiments", *Political Analysis*, 22(1), Article 1, <https://doi.org/10.1093/pan/mpt024>
- Hur, H. (2022), "Job security matters: A systematic review and meta-analysis of the relationship between job security and work attitudes", *Journal of Management & Organization*, 28(5): 925–55, <https://doi.org/10.1017/jmo.2019.3>
- Jang, M. og A. Vorderstrasse (2019), "Socioeconomic Status and Racial or Ethnic Differences in Participation: Web-Based Survey", *JMIR Research Protocols*, 8(4), e11865, <https://doi.org/10.2196/11865>
- Judge, T. A., R. F. Piccolo, N. P. Podsakoff, J. C. Shaw og B. L. Rich (2010), "The relationship between pay and job satisfaction: A meta-analysis of the literature", *Journal of Vocational Behavior*, 77(2): 157–67, <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2010.04.002>
- Keppeler, F. og U. Papenfuß (2021), "Employer Branding and Recruitment: Social Media Field Experiments Targeting Future Public Employees", *Public Administration Review*, 81(4): 763–75, <https://doi.org/10.1111/puar.13324>
- Keppeler, F., og U. Papenfuß (2023), "Employer Value Propositions for Different Target Groups and Organizational Types in the Public Sector: Theory and Evidence From Field Experiments", *Review of Public Personnel Administration*, 43(4): 701–26, <https://doi.org/10.1177/0734371X221121050>
- Kjeldsen, A. M. (2012), *Dynamics of Public Service Motivation*, Forlaget Politica, [www.politica.dk/articles/anne%20mette%20kjeldsen.pdf](http://www.politica.dk/articles/anne%20mette%20kjeldsen.pdf)
- Kjeldsen, A. M. og C. B. Jacobsen (2013), "Public Service Motivation and Employment Sector: Attraction or Socialization"? *Journal of Public Administration Research and Theory*, 23(4): 899–926, <https://doi.org/10.1093/jopart/mus039>
- Korac, S., J. Lindenmeier og I. Saliterer (2020), "Attractiveness of public sector employment at the pre-entry level – a hierarchical model approach and analysis of gender effects", *Public Management Review*, 22(2): 206–33, <https://doi.org/10.1080/14719037.2019.1582688>
- Kristof-Brown, A., B. Schneider og R. Su (2023), "Person-organization fit theory and research: Conundrums, conclusions, and calls to action", *Personnel Psychology*, 76(2): 375–412, <https://doi.org/10.1111/peps.12581>
- Leeper, T. J., S. B. Hobolt og J. Tilley (2020), "Measuring Subgroup Preferences in Conjoint Experiments", *Political Analysis*, 28(2): 207–21, doi:10.1017/pan.2019.30
- Leeper, T. J. (2020), "cregg: Simple Conjoint Analyses and Visualization", R package version 0.3.6, <https://thomasleeper.com/cregg>
- Lee, I. P. og S. Jilke (2023), "Sector attraction and the role of job information: Evidence from a conjoint experiment", *Public Administration Review*, puar. 13760, <https://doi.org/10.1111/puar.13760>
- Leisink, P. og B. Steijn (2008), "Recruitment, Attraction, and Selection", i J. L. Perry og A. Hondeghem, red., *Motivation in Public Management: The call of Public Service*, Oxford: Oxford University Press, pp. 118–35
- Linos, E. (2018), "More Than Public Service: A Field Experiment on Job Advertisements and Diversity in the Police", *Journal of Public Administration Research and Theory*, 28(1): 67–85, <https://doi.org/10.1093/jopart/mux032>
- Mauno, S., U. Kinnunen og M. Ruokolainen (2007), "Job demands and resources as antecedents of work engagement: A longitudinal study", *Journal of Vocational Behavior*, 70(1): 149–71, <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2006.09.002>
- Motivationsundersøgelsen (2021), *Rapport—Offentligt ansattes motivation*, [www.regioner.dk/media/22049/rapport-om-offentligt-ansattes-motivation.pdf](http://www.regioner.dk/media/22049/rapport-om-offentligt-ansattes-motivation.pdf)
- Oelberger, C., A. Eaton og J. H. Choi (2023), "One Size Fits All? Exploring Motivation for Public Employees With a Job Fit Framework and Response Surface Analysis", *Review of Public Personnel Administration*, 0734371X231218898, <https://doi.org/10.1177/0734371X231218898>
- Rainey, H. G. (1982), "Reward preferences among public and private managers: In search of the service ethic", *The American Review of Public Administration*, 16(4), Article 4
- Ripoll, G., X. Ballart, E. Hernández og W. Vandenabeele (2023), "It's a match!: A discrete choice experiment on job attractiveness for public service jobs", *Public Management Review*, 1–35, <https://doi.org/10.1080/14719037.2023.2239256>
- Ross, S. A. (1973), "The Economic Theory of Agency: The Principal's Problem", *The American Economic Review*, 63(2): 134–39
- Ryan, R. M. og E. L. Deci (2000), "Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being", *American Psychologist*, 55(1), Article 1, <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68>
- Schneider, B. (1987), "The people make the place", *Personnel psychology*, 40(3), Article 3
- Van den Broeck, A., J. L. Howard, Y. Van Vaerenbergh, H. Leroy og M. Gagné (2021), "Beyond intrinsic and extrin-

sis motivation: A meta-analysis on self-determination theory's multidimensional conceptualization of work motivation", *Organizational Psychology Review*, 11(3): 240–73, <https://doi.org/10.1177/20413866211006173>

Vogel, R. og M. Satzger (2024), "What Drives the Attractiveness of Public and Private Employers? Comparative Evidence From an Online Employer Review Platform", *The American Review of Public Administration*, 54(2): 180–97, <https://doi.org/10.1177/02750740231206805>

## Bilag

Bilag 1: Deskriptiv statistik for stikprøven samt populationen på udvalgte variable

Variable	Kategorier	Stikprøve Frekvens (pct.)	Population
Alder	18-29 år	5740 (27.1 pct.)	16,8 pct.
	30-39 år	5698 (26.9 pct.)	21,2 pct.
	40-49 år	4074 (19.3 pct.)	22,9 pct.
	50-59 år	4214 (19.9 pct.)	24,5 pct.
	60+ år	1428 (6.8 pct.)	14,6 pct.
Køn	Kvinde	15890 (75.0 pct.)	68,7 pct.
	Mand	5208 (24.6 pct.)	31,3 pct.
Uddannelse	Andet, skriv her	560 (2.6 pct.)	-
	Erhvervsskole	840 (4.0 pct.)	25,3 pct.
	Grundskole/folkeskole	154 (0.7 pct.)	9,5 pct.
	Gymnasie	980 (4.6 pct.)	8,0 pct.
	Kort videregående udd.	1064 (5.0 pct.)	4,0 pct.
	Mellemlang videregående udd.	9758 (46.0 pct.)	34,7 pct.
	Lang videregående udd.	7826 (36.9 pct.)	18,0 pct.
Område	Administration og forvaltning	4760 (22.6 pct.)	-
	Andet, skriv her	1596 (7.6 pct.)	-
	Beredskab, forsvar, retsvæsen	2478 (11.8 pct.)	-
	Børnepasning og dagtilbud	1134 (5.4 pct.)	-
	Forsyning, logistik, infrastruktur	112 (0.5 pct.)	-
	Kultur, natur og formidling	266 (1.3 pct.)	-
	Rengøring, vedligehold og renovation	56 (0.3 pct.)	-
	Socialområdet	2352 (11.2 pct.)	-
	Sundhed og pleje	5782 (27.4 pct.)	-
	Undervisning (både børn og voksne)	2506 (11.9 pct.)	-
	Anciennitet	0-4 år	6300 (30.8 pct.)
5-9 år		4186 (20.5 pct.)	-
10-14 år		2450 (12.0 pct.)	-
15-19 år		2198 (10.7 pct.)	-
20+ år		5320 (26.0 pct.)	-
Leder	Ja, formel	1372 (6.7 pct.)	-
	Ja, uformel	2268 (11.0 pct.)	-
	Nej	16898 (82.1 pct.)	-

Note: Populationsmål for alder, køn og uddannelse baserer sig på egne beregninger på tal fra Danmarks Statistik for ansatte i stat, region, kommune og offentlige selskaber (Danmarks Statistik).

Supplement til tabel 4: AMCE for høje og mellem niveauer af jobegenskaberne, når lav er referencekategori. Nedre KI og øvre KI henviser til 95%-konfidensintervaller.

Jobegenskab	Niveau	Alle offentligt ansatte			Kun sundhedsansatte			Kun øvrige		
		AMCE	Nedre KI	Øvre KI	AMCE	Nedre KI	Øvre KI	AMCE	Nedre KI	Øvre KI
Udfordringer	Lav (U)	0.000			0.000			0.000		
	Mellem (U)	0.214	0.197	0.232	0.219	0.185	0.252	0.213	0.192	0.233
	Høj (U)	0.243	0.224	0.262	0.220	0.184	0.256	0.251	0.229	0.273
Borgerkontakt	Lav (B)	0.000			0.000			0.000		
	Mellem (B)	0.057	0.038	0.075	0.082	0.047	0.117	0.047	0.025	0.069
	Høj (B)	0.038	0.018	0.059	0.073	0.034	0.111	0.026	0.001	0.050
Inklusion	Lav (I)	0.000			0.000			0.000		
	Mellem (I)	0.042	0.025	0.060	0.034	-0.000	0.068	0.044	0.023	0.065
	Høj (I)	0.063	0.044	0.081	0.067	0.034	0.100	0.061	0.039	0.083
Jobsikkerhed	Lav (J)	0.000			0.000			0.000		
	Mellem (J)	0.103	0.085	0.121	0.072	0.035	0.109	0.114	0.093	0.134
	Høj (J)	0.240	0.221	0.259	0.186	0.149	0.223	0.260	0.238	0.282
Løn	Lav (L)	0.000			0.000			0.000		
	Mellem (L)	0.158	0.140	0.177	0.197	0.162	0.232	0.145	0.123	0.167
	Høj (L)	0.236	0.218	0.255	0.284	0.249	0.320	0.220	0.198	0.242
Prosocial indvirkning	Lav (P)	0.000			0.000			0.000		
	Mellem (P)	0.133	0.115	0.151	0.120	0.084	0.156	0.138	0.118	0.159
	Høj (P)	0.201	0.183	0.219	0.177	0.141	0.213	0.208	0.187	0.229

# Balancen mellem tradition og transcendens i hospitalssektoren – et interpretivistisk perspektiv på digitalisering

Den ustyrlige sundhed

*Denne artikel undersøger balancen mellem tradition og fornyelse i digitaliseringen af hospitalssektoren gennem en analyse af implementeringen af Sundhedsplatformen. Det vises, hvordan forskellige sociale grupperes forståelse af teknologi førte til et socioteknisk sammenstød, idet der opstod en mangel på kongruens mellem deres teknologiske rammer. Artiklen argumenterer for, at teknologiens succes ikke alene afhænger af dens tekniske egenskaber,*

*men også af de sociale og kulturelle kontekster, den implementeres i. Med casen om Sundhedsplatformen viser artiklen, at balance mellem tradition og transcendens i implementeringen af ny teknologi er svær at opnå, når teknologiens indlejrede antagelser ikke stemmer overens med brugernes daglige praksis, hvilket kan hindre en vellykket digital transformation.*

Digitalisering og introduktionen af ny teknologi sker overalt i samfundet, og hospitalssektoren er ingen undtagelse. Med et ønske om økonomisk rationalisering (Dunleavy o.a., 2007; Margetts og Dunleavy, 2013) og klinisk effektivisering har digitaliseringen i hospitalssektoren stået på i adskillige år (Gjødsebø o.a., 2021; Kierkegaard, 2013). Digitalisering i hospitalssektoren kræver ikke kun nye teknologier, men skaber også et øget behov for standardisering og interoperabilitet af data, som understøtter en velfungerende digital infrastruktur (Dixon o.a., 2023; Kierkegaard, 2013). Disse krav medfører betydelige udfordringer, da systemer ofte ikke er designet til at kommunikere med hinanden, hvilket kan føre til ineffektivitet og økonomiske tab (Gallaher o.a., 2004). I Danmark har digitaliseringen også haft til formål at effektivisere sundhedsvæsenet og forbedre patientbehandling samt medarbejdertilfredshed (Region Hovedstaden, 2015; Schou og Hjelholt, 2019). Da Sundhedsplatformen blev implementeret i Region Hovedstaden og Region Sjælland, oplevede man dog modstand fra hospitalspersonalet. En af de store udfordringer var teknologiens manglende interoperabilitet med hospitalernes eksisterende systemer, f.eks. mellem Medicinkortet og andre systemer (Fleron o.a., 2023; Fleron og Hansen, 2020). Lauesen (2023) fremhæver desuden manglen på forståelse for klinikernes behov, hvilket resulterede i, at brugernes behov ikke blev opfyldt. Resultatet blev, at brugen af strukturerede data primært gavnede ledelsesniveauet, mens klinikerne stod tilbage med det praktiske arbejde (Interview med CIO, 2020). Fokus på økonomiske gevinster som effektivisering af arbejdsprocesser, stabilisering af it-drift og forbedret patientflow (Region Hovedstaden, 2015) blev prioriteret, mens de kvalitative gevinster, såsom bedre patientbehandling og medarbejdertilfredshed, ikke blev opnået (Bentzon o.a., 2021; Lauesen, 2023).

**BENEDICTE FLERON**

Lektor, Institut for Mennesker og Teknologi,  
Roskilde Universitet,  
bff@ruc.dk

Sundhedsplatformens implementering i Region Hovedstaden og Region Sjælland blev betragtet som en it-implementering og digitalisering af eksisterende arbejdsprocesser (Region Hovedstaden, 2015). Jeg argumenterer for, at det i virkeligheden var starten på en digital transformation, der kræver langt mere omfattende organisatoriske ændringer (Gong og Ribiere, 2021; Vial, 2019). Ved at anvende teknologiske rammer som analytisk linse (Orlikowski og Gash, 1994) vil jeg vise, hvordan forskellige aktører havde forskellige forståelser af teknologiens rolle, hvilket skabte et socioteknisk sammenstød (Fleron o.a., 2023; Fleron og Hansen, 2020). Dette sammenstød mellem forventninger og realiteter, kombineret med en alt for snæver tidsramme (Bentzon o.a., 2021; Lauesen, 2023), kan være med til at forklare, hvorfor gevinsterne ved Sundhedsplatformen ikke blev opnået til den forventede tid.

Et aktuelt eksempel, der understøtter pointen om en digital transformation, er Nordsjællands Hospitals beslutning om at efteruddanne 240 hospitalsledere i samarbejde med Roskilde Universitet. Målet med denne uddannelse er at klæde ledere på til at forstå og udnytte teknologier, så de ikke kun optimerer hospitalets drift, men også styrker behandlingsforløbene og skaber en tættere interaktion mellem hospitalet og patienterne (Buchardt, 2024). Dette omfatter blandt andet forbedrede muligheder for hjemmebehandling og selvmonitorering for patienter med kroniske sygdomme som hjertesvigt og diabetes (Mulvad, 2024). Her er der tale om en kontinuerlig digital transformation, der går videre end blot implementeringen af et nyt EPJ-system.

## **Teoretisk ramme og forskningsspørgsmål**

I litteraturen er der ikke én universel definition af digitalisering. Forskellige forskningsfelter har forskellige definitioner af hvad digitalisering er. For det første kan det betyde at omdanne analoge komponenter til digitale (Brennen og Kreiss, 2016), såsom overgangen fra pladespillere og kassettebånd til CD'er og streaming på Spotify®. Det kan også referere til konverteringen af analog information til digital binær form, eksempelvis omdannelsen af et fysisk dokument til data, der kan opbevares i en database, på en server eller i skyen (Brennen og Kreiss, 2016; Schallmo og Williams, 2018). Endelig kan det referere det til den sociotekniske proces, hvor tekniske digitaliseringsteknikker anvendes i en bredere social og institutionel sammenhæng for at skabe teknisk infrastruktur (Tilson o.a., 2010). Dette inkluderer de organisatoriske eller samfundsmæssige ændringer, der følger med digitaliseringen (Brennen og Kreiss, 2016; Tilson o.a., 2010). For eksempel på yderligere perspektivering og detaljering af digitalisering og dens indvirkning på organisationer henvises der til Gong og Ribiere (2021).

Inden for IS-feltet (Information Systems), udkom der i 2019 et større litteraturstudie skrevet af Vial (2019), hvor det undersøges, hvordan digitale transformationer er blevet behandlet i forskningen. Et af hovedbidragene fra denne artikel er en oversigt over de grundlæggende byggesten i en digital transformationsproces, hvor digitale teknologier skaber en form for disruption – en

grundlæggende forandring i organisationer, brancher eller samfund. Dette kan omfatte alt fra ændret kundefærd og nye konkurrenceforhold til øget dataanvendelse, der alt sammen kræver strategisk respons. Litteraturen fremhæver behovet for en digital forretningsstrategi, hvor it er integreret i selve forretningen (Vial, 2019). Teknologien i sig selv ændrer ikke en organisation – derimod er det de strukturelle forandringer, der opstår som følge af teknologiske muligheder, der driver transformationen. Begreber som agilitet og ambideksteritet understreger evnen til at balancere udnyttelsen af eksisterende ressourcer samtidig med, at man udforsker nye muligheder (O'Reilly og Tushman, 2008). I en hospitalskontekst kan denne tilgang være relevant, da nye teknologier muliggør bedre ressourceanvendelse og overblik via store mængder data fra manuelle kilder og IoT-enheder.

Ehn (1988) fremhæver vigtigheden af at forstå brugernes hverdagspraksis i designet af teknologiske systemer, hvilket er centralt for at sikre, at teknologien både kan bevare eksisterende traditioner og skabe rum for fornyelse. Hans pointe om, at systemnedbrud kan åbne for nye læringsmuligheder, understøtter behovet for fleksibilitet i designprocessen. For at balancere tradition og transcendens i teknologiske forandringsprocesser tager min undersøgelse afsæt i Orlikowski og Hofmans (1997) improvisatoriske forandringsmodel, som fremhæver fleksibilitet og tilpasning som afgørende for at håndtere emergente udfordringer og muligheder, der opstår under implementeringen af nye teknologier. Inden for denne ramme anvender jeg Orlikowski og Gashs (1994) teori om teknologiske rammer til at analysere, hvordan forskellige sociale grupper forstår teknologi, og hvordan dette påvirker implementeringen af nye systemer som Sundhedsplatformen.

Jeg undersøger dermed, hvordan kan Orlikowski og Gashs (1994) teori om teknologiske rammer kan anvendes til at forstå sociale gruppers forståelse og fortolkning af teknologi i implementeringen af Sundhedsplatformen, og hvilke teoretiske og praktiske implikationer der kan følge heraf.

## Data for undersøgelsen

Artiklen tager afsæt i casen omkring implementeringen af Sundhedsplatformen i Region Hovedstaden og Region Sjælland, som officielt blev afviklet fra 2014 til 2017. Sammen med kollegaer fra Roskilde Universitet har jeg fulgt og haft indsigt i projektet siden 2017. Vores cykliske tilgang til implementeringen af Sundhedsplatformen har blandt andet involveret en række interviews med nøglepersoner i forbindelse med implementeringen af Sundhedsplatformen samt indhentningen af 6000+ Facebookposts fra Facebookgruppen ”Sundhedsplatformen – Nej Tak!” fra perioden siden etableringen i 2016 og frem til december 2020 (Fleron o.a., 2023). Nøglepersonerne blev udvalgt på baggrund af deres indsigt og involvering i selve implementeringsprojektet, som netop var færdigrealiseret, da interviewene blev foretaget. Interviewene var kvalitative semistrukturerede interviews med karakter af et retrospektivt per-

spektiv på implementering samt en personlig og faglig vurdering af projektets succesrate.

Ved første interviewrunde i 2018 var fokus udelukkende på den udøvende part i projektet. Da vi genbesøgte de samme informanter to år senere for at få deres opdaterede perspektiv på implementeringen og succesraten, tilføjede vi yderligere perspektiver fra personer berørt af Sundhedsplatformen (brugere). Denne tilføjelse skyldes i høj grad vores indsigt i brugerytringerne indsamlet fra den nævnte FB-gruppe. De overordnede sociale grupper, som Orlikowski og Gash (1994) nævner, er hermed repræsenteret ved brugerne (B), udviklerne/projektlederne (P) og beslutningstagerne/ledelsesniveauet (L). Det har ikke i tidens løb været muligt for os at få direkte adgang til Epics personel, og derfor er projektkoordinatorerne også by proxy-repræsentanter for udviklerne. Regionens CIO har på sin vis en dobbeltrolle ved både at repræsentere et ledelsesniveau samt udviklersiden, grundet sin tekniske indsigt. I tabel 1 nedenfor, har jeg listet vores interviewpersoner samt indikeret, hvilken gruppe (B, P, L) de er kategoriseret under. Alle interviews er blevet kodet ved hjælp af nVivo®, hvor vi fulgte en "grounded theory" (Strauss og Corbin, 1997) inspireret kodningstilgang – åben, aksial og selektiv kodning – som blandt andet førte til denne artikels fokus på teknologiske rammer og balancen mellem tradition og transcendens.

Tabel 1: Data indsamlet via semistruktureret interviews

Interviewperson	Interviewlængde i minutter – 2018	Interviewlængde i minutter – 2020
Informationschef/CIO (P, L)	78	92
Projektkoordinator 1 (P)	100	54
Projektkoordinator 2 (P)	210	88
Administrator (P)	115	71
Ekstern konsulent (L)		54
Læge (B)		52
Faglig ekspert (B)		99
Kvalitets- og forbedringskonsulent (sygeplejerske) (B)		66

Selvom casen omkring implementeringen af Sundhedsplatformen er kompleks og forløb for en del år siden, er den fortsat relevant, da den er et typisk eksempel på, hvad der kan gå galt ved store it-implementeringsprojekter. Derudover udvikles der fortsat på systemet med henblik på nye funktionaliteter, og Sundhedsplatformen afstedkommer fortsat organisatoriske forandringstiltag. Fra mit perspektiv er det nemlig vigtigt at se på balancen mellem tradition og transcendens i sådanne digitale transformationssammenhænge. Artiklen fokuserer derfor først og fremmest på betydningen af de forskellige teknologiske rammer, der er i spil, og som kan være medvirkende til at skabe ubalance. Derpå fokuserer den på de faktorer og processer, der både fastholder

traditioner og understøtter forandringer, som kan hjælpe med at transcendere hospitalssektoren. Håbet er, at artiklen kan bidrage til en fortsat diskussion af, hvordan vi tilgår ny teknologi i vores samfund, særligt i kritiske og samfundsvigtige sektorer som hospitalssektoren.

Resten af denne artikel er struktureret som følger: Først introducerer jeg projektet omkring anskaffelsen og implementeringen af Sundhedsplatformen, herunder dets omfang og tidsplan for udrulning på forskellige hospitaler. Derefter gennemgår jeg, hvordan litteraturen og interviewdataene beskriver de processer og forandringer, som Sundhedsplatformen har skabt. Jeg analyserer forskellige teoretiske forståelser og teknologiske rammer og deres indvirkning på organisering samt opfattelsen af nye it-systemer, illustreret med empirieksempler. Implementeringsprocessen undersøges med fokus på improvisatorisk implementering, og hvordan emergente muligheder kunne have forbedret processen (Orlikowski og Hofman, 1997). Til sidst diskuterer jeg balancen mellem tradition og transcendens i forhold til teknologiske rammer og digital transformation, og perspektiverer de synergier og spændinger, der opstår, når nye teknologier implementeres.

## Baggrund for projektet om Sundhedsplatformen

Tilbage i 2012 startede de første møder omkring planlægning af selve processen med indkøbet af et nyt EPJ-system (elektronisk patientjournal) til Region Hovedstaden og Region Sjælland. I december 2013 indgik Region Hovedstaden og Region Sjælland en kontrakt med Epic, som leverede Sundhedsplatformen. I forbindelse med projektet oprettede de to regioner en fælles programorganisation, men bibeholdt hver deres business case (Rigsrevisionen, 2018), altså argument for hvorfor, hvordan og hvad det kommende system skulle være i deres respektive organisation. Især i Region Hovedstaden skulle Sundhedsplatformen erstatte en lang række gamle it-systemer – man gik fra omkring 30 systemer til ét samlet system, hvilket skulle samle al information og sikre, at der kun var ét login for at tilgå patientinformationer.

Planlægningsfasen begyndte i 2012, indkøbet blev foretaget i 2013, og implementeringen startede med bygning af systemet, træning og test i 2014.

Figur 1: Tidslinjen for Sundhedsplatformsprojektet



Kilde: Region Hovedstaden (2015).

Definitionsfasen foregik i 2014 og 2015. Implementeringen og udrulningen, der foregik i fem overlappende bølger, begyndte som sagt i 2014 og var planlagt til at slutte i 2017, hvilket også blev overholdt. Selve udrulningen forgik i følgende bølger:



- Bølge 1: Gentofte og Herlev Hospital (maj 2016)
- Bølge 2: Rigshospitalet og Glostrup Hospital (november 2016)
- Bølge 3: Nordsjællandshospital, Amager/Hvidovre samt Bornholm Hospital (marts 2017)
- Bølge 4: De resterende hospitaler i Region Hovedstaden: Bispebjerg, Frederiksberg samt psykiatrien (maj 2017)
- Bølge 5: En big bang-implementering i hele Region Sjælland (november 2017)

Et hurtigt overblik over selve Sundhedsplatformen-projektet viser, at det stadig til dato er det største danske it-projekt inden for sundhedssektoren.

- Region Hovedstaden investerede 2,1 mia. DKK, og Region Sjælland investerede 700 mio. DKK.
- Sundhedsplatformen skulle erstatte mellem 30 og 40 forskellige gamle it-systemer
- Sundhedsplatformen ville ændre arbejdspraksis for omkring 44.000 medarbejdere
- Ca. 12.000 klinikere bruger systemet samtidigt hver dag
- Systemet blev implementeret på 17 hospitaler, 54 institutioner og andre enheder
- Systemet berører omtrent halvdelen af Danmarks befolkning – cirka 2,5 millioner borgere

Epic leverede systemet, og både Region Sjælland og Region Hovedstaden købte det. I den første del af projektet – fra start til afsluttet implementering i november 2017 – var det primært hospitalsansatte, der var brugere, mens borgerne var proxy-brugere. Dette har ændret sig sidenhen, hvor MinSP er blevet introduceret, som er borgernes indgang til Sundhedsplatformen.

Motivationerne for at få et nyt system var blandt andet, at begge regioner ønskede, at deres sundhedsservice skulle opnå niveau 7 på HIMSS EMRAM (Electronic Medical Record Adoption Model)<sup>1</sup> eller mindst niveau 6 inden for kort tid (Region Hovedstaden – IT, Medico og Telefoni og Region Sjælland, 2012). Udbuddet var et EU-udbud med flere forskellige bud, hvor Epic og IBM var blandt de fremtrædende. Epic blev valgt på trods af højere vedligeholdelsesomkostninger, da systemet blev betragtet som fremtidens hospitals-system, der kunne sikre mantraet ”en patient, en journal”.

Udbudsmaterialet fra Region Hovedstaden fokuserede på bedre patientflow, patientbehandling, effektive processer, stabil it-drift og vedligehold. Inter-

view med it-chefen viser, at højere datakvalitet og stabilitet var afgørende faktorer (Interview med CIO, 2018). Implementeringen omfattede bygning af systemet, træning og test i 2014 (Region Hovedstaden, 2015), med fælles programorganisering og forskellige business cases (Rigsrevisionen, 2018). Projektet var opdelt i to hovedprogrammer, hvert med flere underprojekter, der dækkede temaer som parathed og forandring, kommunikation, uddannelse, implementering og it-teknologi. Hvert klinisk speciale havde en implementeringskoordinator til at agere bindeled mellem projektledelsen og den kliniske afdeling.

Der var kritik fra statsrevisorerne i 2018, angående systemfejl, utilfredsstillende tests, manglende uddannelse af brugere og optimistiske vurderinger af produktivitetstab (Statsrevisorerne, 2018). Selvom man havde planlagt tre ugers produktivitetstab, var produktiviteten efter 1,5 år stadig ikke tilbage på niveau. Gevinsterne, der skulle være opnået efter to år, blev heller ikke målt som forventet (Statsrevisorerne, 2018).

## Teknologiske rammer

For at forstå en teknologisk ramme, skal vi først definere, hvad vi mener med en ramme. Det drejer sig om de implicite retningslinjer, der former, hvordan aktører i en organisation forstår deres rolle og de tiltag, der foregår. Teknologiske rammer omfatter vores antagelser, forventninger og viden om en given teknologi. Hver person opbygger sin teknologiske ramme ud fra de relationer og sociale sammenhænge, de indgår i. I denne artikel fokuserer analysen på, hvordan individer og sociale grupper opfatter og fortolker teknologien. I organisationer styrer teknologiske rammer forståelsen af, hvad teknologien kan og bør gøre. Jeg undersøger derfor, hvordan forskellige aktører i implementeringen af Sundhedsplatformen konstruerer deres teknologiske rammer, og hvordan dette påvirker deres forståelse og brug af systemet. Teknologiske rammer former således forventningerne til teknologiens rolle i praksis. Ifølge Orlikowski og Gash (1994) kan teknologiske rammer opdeles i tre hovedkategorier:

*Teknologiens natur: Hvad teknologien er, og hvad den gør.* Teknologiens natur handler om, hvordan vi forstår dens kerne. Teknologi er socialt konstrueret og afspejler udviklernes og designernes værdier, viden og interesser. I Sundhedsplatformen betyder dette f.eks., at alle sundhedsfaglige medarbejdere skal afstemme medicin i forhold til FMK (Fælles Medicin Kort), herunder ortopædkirurger, praktiserende læger og tandlæger, selvom det måske ikke tidligere har været en del af deres praksis (Interview med CIO, 2018). Intentionen er at sikre kvalitet i patientbehandlingen ved at integrere kliniske standarder i systemet. Dette har dog skabt utilfredshed blandt brugerne, da det i praksis ikke altid giver mening at tvinge processen igennem. For de sociale grupper i casen om Sundhedsplatformen er teknologiens natur ikke kun defineret af systemets funktionalitet, men også af deres individuelle og kollektive forståelser af, hvordan teknologien bør fungere, formet af deres faglige baggrunde og daglige praksis. Ifølge Orlikowski og Gash (1994) kan dette skabe en uover-

ensstemmelse mellem aktørernes teknologiske rammer og deres forståelse af teknologiens funktion i fremtidig praksis sammenlignet med tidligere, hvilket kan føre til frustration og modstand under implementeringen og brug af teknologien.

*Strategi for brug: Hvordan teknologien bør anvendes for at opnå bestemte mål.* Teknologiske rammer omfatter aktørers forskellige syn på, hvorfor teknologien er implementeret, og hvilken værdi den skal tilføre organisationen. Forståelsen af teknologiens formål og anvendelse kan variere mellem sociale grupper, hvilket kan føre til både overensstemmelser og uoverensstemmelser under implementeringen. CIO'en udtaler, at systemet skal lette arbejdet for patienter, medarbejdere og ledelse samt sikre stabil it-drift: "it-driftsmæssigt så er det eddermama godt boltet sammen. Det har det her komplet data-warehouses ved siden af [...]" (Interview med CIO, 2018). En projektkoordinator nævner, at Epic-systemet blev valgt på grund af en omfattende implementeringspakke med en klar proces (Interview med PK2, 2018). En anden projektkoordinator beskriver, hvordan lægerne blev forberedt på ændringer i arbejdsgangene: "EPIC-konceptet er at AC'erne der bygger, de siger, at det her er hvad vi bygger ind i Sundhedsplatformen. Og hvad det får af konsekvenser for arbejdsgangene, og så taler de med lægerne omkring allerede på forhånd at noget kommer til at ændre sig, så lægerne kunne forberede sig" (Interview med PK1, 2018). Teknologien opfattes her som et redskab til at modernisere og effektivisere arbejdsgange, og udviklerne ses som kompetente medspillere. Fokus er på implementering og tilpasning af teknologien frem for udforskning af dens fulde potentiale.

*Konsekvenser af teknologi: Hvad teknologien betyder for organisationen og dens medlemmer.* Teknologiske rammer dækker, hvordan teknologien forstås og opleves i praksis, både positivt og negativt. Ofte opstår der uoverensstemmelser mellem ledelsens forståelse af teknologiens behov og brugernes oplevelse af systemet. Brugere finder systemet tungt og unødigt komplekst, med ulogiske menuer og tunge arbejdsflows (Interviews med læge, 2020 og faglig ekspert, 2020) og problemer i oversættelser fra engelsk til dansk. Systemets individualisering understøtter den enkeltes arbejdspraksis, men hæmmer standardiseringen, som var et centralt formål. Denne uoverensstemmelse mellem forventede og faktiske konsekvenser afspejler et misforhold mellem lokale praksisser (f.eks. på hospitalsniveau) og overordnede standarder, klinisk forskning og globale best practices (Bjørn og Kensing, 2013). I interviewet med projektkoordinator 2 (2020) fremhæves det, hvordan tilpasningen af systemet på hospitalsniveau udfordrer standardiseringen på tværs af regionerne. Lokale behov har overtruffet målet om ensartethed, hvilket har medført større kompleksitet i systemets support og vedligeholdelse. Denne ubalance mellem det lokale (brugernes behov) og det globale (systemets mål) eksemplificerer Orlikowski og Gashs (1994) begreber om teknologiske rammer, hvor teknologiens mål ikke stemmer overens med dens praktiske konsekvenser.

## Tradition i hospitalssektoren gennem teknologiske rammer

For at forstå teknologiens indflydelse på hospitalssektoren, er det nødvendigt at tage højde for de dybt forankrede traditioner og praksisser, der præger forskellige faggrupper. Hospitalssektoren består af komplekse arbejdsgange og kulturer, formet gennem generationer af lægekunst, sygepleje og administration. Hver afdeling, som akutmodtagelsen, operationsstuen eller røntgenafdelingen, har sine egne særlige praksisser og rutiner, som er en integreret del af det daglige arbejde (Strauss o.a., 1997). Disse praksisser er ikke blot tekniske rutiner, men bygger på årtiers faglig stolthed og erfaringer.

Eksempelvis har læger i mange år journaliseret gennem diktering, som efterfølgende er blevet renskrevet af lægesekretærer og tilpasset eksisterende systemer (Bansler o.a., 2016; Hertzum o.a., 2022). Denne arbejdsdeling mellem læger og sekretærer er en traditionel praksis, der har formet dokumentationsarbejdet på danske hospitaler (for yderligere indsigt i dette arbejde, se blandt andre: Bansler o.a., 2016; Ellingsen og Monteiro, 2003; Hertzum o.a., 2022; Hertzum og Simonsen, 2019; Mønsted o.a., 2011). Sygeplejersker, der ofte håndterer triage i akutte situationer, har også arbejdet med systemer som ADAPT, hvilket har skabt en fast struktur i patientforløb og prioritering af opgaver (Lindberg, 2011; Rasmussen o.a., 2010).

Når teknologier som Sundhedsplatformen introduceres, kolliderer de ofte med disse eksisterende praksisser. Teknologien bærer en indlejret ramme, baseret på udviklernes og designernes forståelse af, hvordan systemet skal anvendes. Som CIO'en udtaler: "Systemet skulle integreres med eksisterende it-infrastrukturer, hvilket skabte en række tekniske udfordringer" (Interview med CIO, 2018). Ledelsens fokus på teknisk integration og standardisering overser ofte behovet for fleksibilitet og lokal tilpasning i klinikernes daglige praksis.

**➤ Teknologien er ikke neutral, men bærer sin egen forståelse af, hvordan arbejdet skal organiseres, hvilket kan skabe modstand fra dem, der oplever, at deres traditioner og autonomi udfordres**

For klinikere og sygeplejersker kan teknologien derfor opleves som en forstyrrelse af deres etablerede arbejdsgange, som har fungeret i mange år. Sundhedsplatformen er designet til at understøtte ensartede arbejdsprocesser på tværs af hospitaler, men denne standardisering er i konflikt med faggruppernes behov for at kunne tilpasse systemet til deres specifikke arbejdsopgaver. Teknologien er ikke neutral, men bærer sin egen forståelse af, hvordan arbejdet skal organiseres, hvilket kan skabe modstand fra dem, der oplever, at deres traditioner og autonomi udfordres.

Denne inkongruens mellem teknologiens indbyggede ramme og de eksisterende arbejdspraksisser viser, hvordan teknologi kan transformere arbejds-

pladsen på en dybere måde end blot digitalisering af enkelte opgaver. Den påvirker de grundlæggende strukturer og måder, hvorpå faggrupperne arbejder.

## Transcendens gennem improvisation i ledelsen af forandringer

Teorien om improvisatorisk implementering (Orlikowski og Hofman, 1997) fremhæver vigtigheden af fleksibilitet og tilpasning under implementeringen af nye teknologier. Denne tilgang fokuserer på at udnytte emergente muligheder og tilpasse processen efterhånden som nye udfordringer og behov opstår. Når vi ser på implementeringen af Sundhedsplatformen, er det relevant at overveje, hvordan en mere improvisatorisk tilgang kunne have forbedret processen. Ehn (1988) påpeger vigtigheden af at bibeholde genkendelige elementer for brugerne. For at bibeholde balancen i overgangen kan vi fokusere på de muligheder, der opstår i forandringsprocessen. Selvom nyere litteratur om digital transformation med forskellige fokuspunkter, såsom det ledelsesmæssige og organisatoriske plan (Hinterhuber o.a., 2021; Kræmmersgaard, 2019), det strategiske plan (Brunetti o.a., 2020; Fischer o.a., 2020; Warner og Wäger, 2019), i forhold til kompetencer (Promsri, 2019; Osmundsen, 2020) samt hvordan agilitet og ændrede tilgange spiller ind for at sikre en vellykket digital transformation (Burchardt og Maisch, 2019; Perkin og Abraham, 2017; Sebastian o.a., 2017; Troise o.a., 2022), bidrager væsentligt til feltet, ser vi ofte i praksis en tilbagevenden til klassiske forandringsmodeller som Lewins tre-fase forandringsmodel med optø, forandre og frys (Lewin o.a., 1947). Dette afspejler, at organisationer, der står over for teknologiske forandringer, stadig agerer efter velkendte teorier, selvom mere moderne tilgange findes. Lewins model kan dog være utilstrækkelig i dynamiske teknologiske forandringsprocesser, hvor improvisation og tilpasning er afgørende (Orlikowski og Hofman, 1997).

Traditionelt fokuserer organisationer på at planlægge, implementere og derefter genopnå stabilitet. Dette var også tilfældet med Sundhedsplatformen, men planen inkluderede også rum for improvisation ved at implementere i bølger, hvilket gav mulighed for at lære fra en bølge til den næste (Interviews med projektkoordinatorer, 2018). Udfordringer opstod dog, især i psykiatrien i Region Hovedstaden, hvor systemet ikke var tilpasset specifikke behov som håndtering af tvangsindlæggelser. Dette skabte en situation, hvor man måtte fortsætte med papirarbejde og senere indtaste oplysninger i Sundhedsplatformen (Interview med projektkoordinator 1, 2018). Det skabte også mulighed for improvisation, da man lærte undervejs og tilpassede sig udfordringerne. Epic måtte dog gå på kompromis med deres princip om 100 pct. implementering, inden de går ind og bygger, da psykiatrien ellers skulle vente til hele Region Sjælland kom på ca. seks måneder senere. Dette betød, at psykiatrien kunne fortsætte deres undervisning og forandringsarbejde på en måde, der var mere genkendelig og tilpasset deres kultur (Interview med projektkoordinator 1, 2018).

En vigtig del af improvisationspotentialet i implementeringen var at skabe integration mellem Sundhedsplatformen og eksisterende systemer. CIO'en udtrykte bekymring over teknisk integration, og hvordan manglende sammenkobling kunne skabe problemer: "Hvis vi ikke har en korrekt teknisk integration, vil systemet ikke blive brugt" (Interview med CIO, 2018). Her afspejler teknologiforståelsen blandt ledelsen en prioritering af teknisk infrastruktur som et fundament for systemets succes, hvilket også inkluderede juridiske bekymringer, hvis opgaver ikke kunne udføres korrekt på grund af integrationsproblemer.

Denne forståelse af teknologien som integreret med eksisterende systemer peger på et centralt aspekt af transcendens i teknologisk implementering – nemlig at skabe en balance mellem det gamle og det nye. Samtidig afslører empirien en begrænset opmærksomhed på, hvordan Sundhedsplatformen ændrede arbejdspraksis gennem det øgede fokus på data. En administrator af databrug forklarede: "Der er fokus på, hvordan man understøtter datatræk [...] der er et behov for kompetencer i forhold til at arbejde med data" (Interview med administrator, 2018). Dette viser, at systemet krævede nye færdigheder hos brugerne og skaber en praksisændring, som ikke var blevet tydeligt italesat tidligere under implementeringen.

Denne praksisændring fremhæver, at Sundhedsplatformen ikke blot introducerede tekniske udfordringer, men også en ny tilgang til datadrevet arbejde. Ifølge administratoren var der et særligt fokus på diagnosekoder og behovet for at uddanne sekretærerne til at anvende disse korrekt: "Der blev lavet et særligt team, der kendte koderne og kobled dem med kvalitetsmedarbejdere, så sekretærerne kunne blive bedre til at bruge dem" (Interview med administrator, 2018). Dette viser en implicit erkendelse af, at brugernes eksisterende færdigheder ikke var tilstrækkelige til at tilpasse sig den nye teknologiske ramme uden yderligere træning.

Her ser vi et tydeligt eksempel på, hvordan improvisation og tilpasning under implementeringen kunne have hjulpet med at skabe balance mellem tradition og fornyelse. De nye krav til datakompetencer markerer en digital transformation, der går ud over blot at digitalisere eksisterende arbejdsopgaver. For eksempel udtaler CIO'en, at "det skal være lettere at være patient, lettere at være medarbejder og lettere at være ledelse" (Interview med CIO, 2018). Dette afspejler en forventning om, at teknologien vil lette og forbedre arbejdet, men samtidig overses de potentielle udfordringer med at få brugerne til at tilpasse sig de nye krav og den ændrede praksis, som følger med en digital transformation.


De tre forandringsspor, som Orlikowski og Hofman (1997) beskriver – planlagt, emergent og mulighedsbaseret forandring – spillede ind i implementeringen af Sundhedsplatformen. Der var mulighed for at bibeholde kendte processer og tilgange, hvilket potentielt kunne skabe balance mellem tradition og

transcendens, som også litteraturen påpeger som et balanceringsaspekt (Rasmussen o.a., 2010).

## Synergi mellem tradition og transcendens

Denne artikel har undersøgt, hvordan Orlikowski og Gashs (1994) teori om teknologiske rammer kan anvendes til at forstå de sociale gruppers forståelse og fortolkning af teknologi i implementeringen af Sundhedsplatformen. Mit hovedfokus har været at belyse, hvordan forskellige aktørers teknologiske rammer påvirkede implementeringsprocessen, og hvilke teoretiske og praktiske implikationer dette har haft for den digital transformation.

Balancen mellem tradition og fornyelse er essentiel i sundhedssektoren, hvor digitalisering og indførelse af ny teknologi ofte støder på eksisterende praksisser og kulturer. Lægegerningen, med rødder tusindvis af år tilbage, er et område fyldt med traditioner og standarder, som moderne teknologier skal integrere sig i (Strauss o.a., 1997). Sundhedsplatformen eksemplificerer de udfordringer og muligheder, der opstår, når nye teknologier møder traditionelle praksisser. Integrationen af nye systemer med eksisterende infrastrukturer medfører tekniske udfordringer. CIO'en fremhævede, hvordan det skabte problemer, når systemet skulle integreres med eksisterende it-infrastrukturer (Interview med CIO, 2018). Det viser behovet for både teknisk forståelse og ledelsesmæssig opmærksomhed på, hvordan nye systemer kan tilpasses de eksisterende. Samtidig understreger det behovet for træning i datakompetencer for at kunne udnytte systemets potentiale fuldt ud, som også nævnt af en administrativ medarbejder (Interview med administrator, 2018).

 **Balancen mellem tradition og fornyelse er essentiel i sundhedssektoren, hvor digitalisering og indførelse af ny teknologi ofte støder på eksisterende praksisser og kulturer. Lægegerningen, med rødder tusindvis af år tilbage, er et område fyldt med traditioner og standarder, som moderne teknologier skal integrere sig i**

Den traditionelle lægepraksis, som beskrevet af Strauss o.a. (1997), bygger på overblik og erfaring. Når teknologien indføres, skal den ikke blot støtte eksisterende processer, men også forbedre dem. Dette kræver en omhyggelig balance mellem at bevare det velkendte og introducere det nye, hvilket blev en udfordring for Sundhedsplatformen. Der var stor modstand fra klinikerne, da systemet oplevedes som tungt og unødvendigt kompliceret (Fleron o.a., 2023; Interview med CIO, 2018).

Implementeringen af Sundhedsplatformen afslører tydeligt, at teknologien ikke alene kan drive digital transformation. Den skal integreres i eksisterende praksisser og kulturelle forståelser for at opnå vellykket brug. I sundhedssektoren, hvor arbejdspraksisser er dybt forankrede i traditioner, skaber nye

teknologier som Sundhedsplatformen både muligheder og spændinger. Den teknologi, der skulle lette arbejdsprocesserne og sikre standardisering, blev i praksis oplevet som en forstyrrelse af daglige arbejdsgange, især blandt klinikerne og sygeplejersker (Fleron o.a., 2023; Interview med CIO, 2018). Denne modstand var et resultat af den manglende konvergens mellem teknologiens indbyggede ramme og de sociale praksisser, den blev introduceret i.

Som analysen viser, er det ikke blot teknologiens egenskaber, der skaber succes eller fiasko, men også de sociale og kulturelle kontekster, den anvendes i. Sundhedsplatformens succes blev hindret af en uoverensstemmelse mellem ledelsens ønske om standardisering og brugernes behov for fleksibilitet i daglige arbejdsgange. Dette demonstrerer ubalance mellem tradition og transcendens, hvor nye teknologier skal indgå med både fornyelse og respekt for eksisterende praksis.

Improvisatorisk implementering (Orlikowski og Hofman, 1997) kan bidrage til at skabe en sådan balance, hvor implementeringsprocessen tilpasses løbende, og der skabes plads til læring og tilpasning. Som vist i analysen blev denne tilgang delvist anvendt i Sundhedsplatformens udrulning gennem implementering i bølger, hvor erfaringer fra én bølge kunne anvendes til at justere den næste (Interviews med projektkoordinatorer, 2018). Det illustrerer, hvordan emergente muligheder kan skabe en synergi mellem tradition og transcendens, dog primært i forhold til projektprocessen (altså selve implementeringen og udrulningen), men ikke i relation til selve produktet (brugen af SP) (Fleron o.a., 2023; Nelson, 2005).

## Teknologiske rammer i digital transformation

Ved at anvende et interpretivistisk perspektiv bidrager denne artikel til debatten om digital transformation ved at understrege, at teknologiens succes i høj grad afhænger af, hvordan den forstås og anvendes af de mennesker, der arbejder med den. Teknologiske rammer, som skabes og vedligeholdes gennem sociale processer, er et centralt værktøj til at forstå de sociotekniske processer, der påvirker digitale transformationer. Teorier om digital modenhed, digital strategisk ledelse og organisatorisk kapabiliteter i digital transformation (Brunetti et al., 2020; Burchardt og Maisch, 2019; Promsri, 2019; Fischer et al., 2020; Hinterhuber et al., 2021; Kræmmergaard, 2019; Perkin og Abraham, 2017; Warner og Wäger, 2019) fokuserer ofte på teknologiens strategiske betydning, men overser i mange tilfælde de sociale og kulturelle faktorer, der påvirker, hvordan teknologien bliver opfattet og anvendt. Min analyse viser, at teknologiens indflydelse afhænger af de fortolkninger, som forskellige aktører tillægger den. Med et interpretivistisk perspektiv har jeg vist, at succesfulde digitale transformationer kræver en dyb forståelse af de eksisterende praksisser og en åbenhed for at justere teknologiens implementering, så den passer til disse.

Ved at fokusere på de sociale grupper, der interagerer med teknologien, tilbyder denne artikel en alternativ vinkel til den gængse litteratur om digital trans-



formation. Hvor nyere teorier som 'explore and exploit' (Gastaldi o.a., 2018) og ambidexteritet (O'Reilly og Tushman, 2008) har stor værdi i organisatorisk sammenhæng, supplerer mit perspektiv ved at fokusere på den mikrosociologiske dimension. Teknologiens succes er ikke kun et spørgsmål om strategisk planlægning, men også om at forstå, hvordan teknologien bliver opfattet, tilpasset og anvendt i specifikke sociale og kulturelle kontekster. Dette er især vigtigt i sundhedssektoren, hvor forskellige faggrupper har forskellige teknologiske rammer og derfor forskellige forståelser af teknologiens funktion.

## Praktiske implikationer

I praksis betyder dette, at implementeringen af nye teknologier i sundhedssektoren ikke blot skal fokusere på teknologiens tekniske integration, men også på, hvordan forskellige aktører forstår og anvender teknologien. Sundhedsplatformens implementering kunne have draget fordel af en større grad af brugerinddragelse, hvor de forskellige sociale gruppers teknologiske rammer blev taget i betragtning. Dette kunne have medvirket til at minimere den modstand, der opstod, og dermed understøttet en mere vellykket digital transformation.

En væsentlig praktisk implikation af denne indsigt er behovet for løbende kompetenceudvikling og træning af sundhedspersonalet. Som en administrator fremhævede, kræver arbejdet med data nye kompetencer, som ikke nødvendigvis var i fokus under den første udrulning (Interview med administrator, 2018). Teknologiens værdi kan kun realiseres, hvis brugerne er i stand til at anvende den på en måde, der understøtter deres daglige praksis og de bredere organisatoriske mål.

Et aktuelt eksempel på dette er Nordsjællands Hospitals efteruddannelse af 240 ledere, hvor formålet er at klæde dem på til at udnytte teknologien strategisk og forbedre behandlingsforløbene. Dette illustrerer et tiltag der kan medvirke til at balancere mellem tradition og transcendens, hvor eksisterende praksisser bevares, samtidig med at nye teknologier integreres og udvikles. Løbende kompetenceudvikling bliver derfor en central del af en digital transformationsproces, der rækker ud over implementeringen af nye systemer som Sundhedsplatformen.

## Digital transformation i et interpretivistisk perspektiv

Denne artikel har vist, at digital transformation i sundhedssektoren ikke blot handler om teknologiens tekniske kapabiliteter, men om de sociale og kulturelle processer, der omgiver dens implementering. Teknologi er ikke neutral, men afspejler de sociale rammer, den indføres i. Jeg har argumenteret for, at teknologiske rammer kan bruges som et analytisk værktøj til at forstå, hvordan forskellige sociale grupper skaber mening omkring teknologi, og hvordan dette påvirker implementeringen.

Som Gadamer ville sige, kræver det horisontsammensmeltning at opnå en fælles forståelse, når forskellige grupper – som ledelse og klinikere – har divergerende teknologiforståelser. I implementeringen af teknologier som Sundhedsplatformen, hvor aktørernes teknologiske rammer skabte divergens, er dialog afgørende for at skabe fælles mening. Gennem en sådan horisontsammensmeltning kan de forskellige perspektiver mødes, hvilket kan forbedre implementeringsprocessen.

Samtidig understreger denne artikel vigtigheden af at skabe en balance mellem tradition og transcendens. En succesfuld digital transformation kræver ikke blot, at nye teknologier implementeres, men at de tilpasses og integreres i de eksisterende kulturelle og sociale praksisser.

## Taksigelser

Jeg vil gerne takke teamet bag Retreat 39. Hovedparten af denne artikel er blevet dikteret i forbindelse med dette retreat. Til transskribering af min diktering har jeg anvendt først MS 365 og derefter ChatGPT-4.0 til at omsætte min tale til tekst uden fyldeord og gentagelser. Jeg har også brugt ChatGPT til at forkorte afsnit og give bud på præciseringer, som jeg derefter har tilpasset til den endelige tekst. For eksempel har jeg promptet ChatGPT: ”Forkort dette afsnit. Bibehold pointer og referencer”, hvorefter jeg har indarbejdet ChatGPT's forslag. I starten af arbejdet med artiklen brugte jeg også ChatGPT til at foreslå en første disposition, som dog har ændret sig væsentligt over tid gennem analyse af data og den valgte litteratur.

I forbindelse med udkastarbejdet har jeg modtaget værdifuld feedback og kommentarer fra professor Mickael Bech, ph.d.-studerende Siri Rønholdt Henriksen og ph.d.-studerende Abdullahi Ahmed, som alle hjalp med at identificere indforståetheder og impliciteter i min tekst, samt et udførligt review af lektor Marianne Harbo Frederiksen og en sidste sproglig overhaling af ph.d.-studerende Caroline Louise Willer Kure.

## Note

- 1 HIMSS er en amerikansk baseret sundhedsorganisation, der blev etableret tilbage i 1961 og agerer som en global rådgiver på det sundhedsmæssige område (<https://www.himss.org/who-we-are>. Besøgt den 2. juni 2024). Deres mission er at ”reformere det globale sundhedssystem ved hjælp af information og teknologi” (egen oversættelse). EMRAM (Electronic Medical Record Adoption Model) er en modenhedsmodel, der er med til at vurdere, hvor velintegreret og anvendelig ens elektroniske patientjournalssystem er (<https://www.himss.org/maturity-models/emram/>. Besøgt den 2. juni 2024).

## Referencer

- Bansler, J. P., E. C. Havn, K. Schmidt, T. Mønsted, H. H. Petersen og J. H. Svendsen (2016), "Cooperative Episodic Work in Medical Practice: An Analysis of Physicians' Clinical Notes", *Computer Supported Cooperative Work: CSCW: An International Journal*, 25, 503-46, <https://doi.org/10.1007/s10606-016-9261-x>
- Bentzon, N., J. Rosenberg, J. Bansler, J. Søndergaard, B. Dahlerup og B. Haarder (2021), *Destruktiv digitalisering: en debatbog om Sundhedsplatformen 2016-2021*, FADL.
- Bjørn, P. og F. Kensing (2013), "Special issue on information infrastructures for healthcare: The global and local relation", *International Journal of Medical Informatics*, 82, 281-2, <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2013.01.004>
- Brennen, J. S. og D. Kreiss (2016), "Digitalization", *The International Encyclopedia of Communication Theory and Philosophy*, pp. 1-11, <https://doi.org/10.1002/9781118766804.wbiect111>
- Brunetti, F., D. T. Matt, A. Bonfanti, A. De Longhi, G. Pedrini og G. Orzes (2020), "Digital transformation challenges: strategies emerging from a multi-stakeholder approach", *TQM Journal*, 32, 697-724, <https://doi.org/10.1108/TQM-12-2019-0309>
- Buchardt, C. (2024), "RUC skal klæde 240 hospitalsledere på til den digitale fremtid", RUC nyhed.
- Burchardt, C. og B. Maisch (2019), "Digitalization needs a cultural change – examples of applying Agility and Open Innovation to drive the digital transformation", *Procedia CIRP*, 84, 112-7, <https://doi.org/10.1016/j.procir.2019.05.009>
- Dixon, B. E., T. Schmidt og C. Nøhr (2023), "Facilitating HIE in Denmark: the story of MedCom, a Danish health information organization", i *Health Information Exchange*, Elsevier, pp. 579-601, <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-90802-3.00031-9>
- Dunleavy, P., H. Margetts, S. Bastow og J. Tinkler, J. (2007), "Digital Era Governance : IT Corporations, the State, and E-Government", ProQuest Ebook Central, Oxford University Press.
- Ehn, P. (1988), "Work-Oriented Design of Computer Artifacts", Stockholm Arbetslivscentrum, <https://doi.org/10.1525/awr.1989.10.4.14>
- Ellingsen, G. og E. Monteiro (2003), "A Patchwork Planet Integration and Cooperation in Hospitals", *Computer Supported Cooperative Work (CSCW)*, 12, 71-95, <https://doi.org/10.1023/A:1022469522932>
- Fischer, M., F. Imgrund, C. Janiesch og A. Winkelmann (2020), "Strategy archetypes for digital transformation: Defining meta objectives using business process management", *Information and Management*, 57, 103262, <https://doi.org/10.1016/j.im.2019.103262>
- Fleron, B. og M. R. P. Hansen (2020), "Mega IT as Public Property: A Call for Innovative Evaluation Methods", i M. R. P. Hansen og J. Pries-Heje, red., *In the Junction of Leadership Innovation Demand*, Roskilde Universitetsforlag, pp. 75-90.
- Fleron, B., J. Pries-Heje og M. R. P. Hansen (2023), "Understanding resistance to IS-related change", *ECIS 2023 Research Papers*, p. 250.
- Gallaher, M. P., A. C. O'Connor, J. L. Dettbarn, Jr. og L. T. Gilday (2004), "Cost Analysis of Inadequate Interoperability in the U.S. Capital Facilities Industry" (No. NIST GCR 04-867). National Institute of Standards and Technology, <https://doi.org/10.6028/NIST.GCR.04-867>
- Gastaldi, L., F. P. Appio, M. Corso og A. Pistorio (2018), "Managing the exploration-exploitation paradox in healthcare: Three complementary paths to leverage on the digital transformation", *Bus. Process. Manag. J.*, 24, 1200-34, <https://doi.org/10.1108/BPMJ-04-2017-0092>
- Gjødsebø, I. M., H. Langstrup, K. Høyer, L. Kayser og K. Vrangbæk (2021), "Digitalisering i det danske sundhedsvæsen", *Samfundsøkonomen*, 26-38, <https://doi.org/10.7146/samfundsokonomien.v2021i1.125542>
- Gong, C. og V. Ribiere (2021), "Developing a unified definition of digital transformation", *Technovation*, 102, 102217, <https://doi.org/10.1016/j.technovation.2020.102217>
- Hertzum, M., G. Ellingsen og Å. Cajander (2022), "Implementing Large-Scale Electronic Health Records: Experiences from implementations of Epic in Denmark and Finland", *International Journal of Medical Informatics*, 167, 104868, <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2022.104868>
- Hertzum, M. og J. Simonsen (2019), "Configuring information systems and work practices for each other: What competences are needed locally"? *International Journal of Human Computer Studies*, 122, 242-55, <https://doi.org/10.1016/j.ijhcs.2018.10.006>
- Hinterhuber, A., T. Vescovi og F. Checchinato (2021), "Managing digital transformation: Understanding the strategic process", <https://doi.org/10.4324/9781003008637>
- Kierkegaard, P. (2013), "eHealth in Denmark: A Case Study", *J Med Syst*, 37, 9991, <https://doi.org/10.1007/s10916-013-9991-y>
- Kræmmegaard, P. (2019), *Digital Transformation: 10 evner din organisation skal mestre - og 3 som du har brug for*, 2. udgave, Djøf Forlag.
- Lauesen, S. (2023), "Damages and damage causes in large government IT projects" (No. 11).
- Lewin, K., T. M. Newcomb og E. L. Hartley (1947), "Quasi-Stationary Social Equilibria and the Problem of Permanent Change", "Human Relations in Curriculum Change", "Group Decision and Social Change", i *Readings in Social Psychology*.
- Lindberg, S. Ø. (2011), "Brugen af triage på danske skadestuer", *Ugeskrift for Læger*, 173, 2486.
- Margetts, H. og P. Dunleavy (2013), "The second wave of digital-era governance: a quasi-paradigm for government on the Web", *Phil. Trans. R. Soc. A.*, 371, 20120382, <https://doi.org/10.1098/rsta.2012.0382>

- Mønsted, T., M. C. Reddy og J. P. Bansler (2011), "The Use of Narratives in Medical Work: A Field Study of Physician-Patient Consultations", pp. 24-8.
- Mulvad, J. (2024), "240 chefer skal uddannes - hospitalet skal være digitalt", *Sjællandske Nyheder*, 2.
- Nelson, R. R. (2005), "Project retrospectives: Evaluating project success, failure, and everything in between", *MIS Quarterly Executive*, 4, 361-72.
- O'Reilly, C. A. og M. L. Tushman (2008), "Ambidexterity as a dynamic capability: Resolving the innovator's dilemma", *Research in Organizational Behavior*, 28, 185-206, <https://doi.org/10.1016/j.riob.2008.06.002>
- Orlikowski, W. J. og D. C. Gash (1994), "Technological Frames: Making Sense of Information Technology", i *Organizations. ACM Transactions on Information Systems*, 12, 174-207, <https://doi.org/10.1145/196734.196745>
- Orlikowski, W. J. og D. Hofman (1997), "An Improvisational Model for Change Management: The Case of Groupware Technologies", *Sloan Management Review*, 38, 11.
- Osmundsen, K. S. (2020), "Competences for digital transformation: Insights from the Norwegian energy sector", *Proceedings of the Annual Hawaii International Conference System Sciences*, januar, 4326-35, <https://doi.org/10.24251/hicss.2020.529>
- Perkin, N. og P. Abraham (2017), "Building the agile business through digital transformation".
- Promsri, Chaiyaset (2019), "Developing Model of Digital Leadership for a Successful Digital Transformation", *GPH - International Journal of Business Management*, 2(08): 1-8.
- Rasmussen, R., B. Fleron, M. Hertzum og J. Simonsen (2010), "Balancing Tradition and Transcendence in the Implementation of Emergency-Department Electronic Whiteboards", i J. Molka-Danielsen, H. W. Nicolajsen og J. S. Persson, red., *Selected Papers for the Information Systems Research Seminar in Scandinavia*, nr. 1, IRIS 33 Engaged Scandinavian Research, Tapir Akademisk Forlag, pp. 73-87.
- Region Hovedstaden (2015), "Business case for Sundhedsplatformen", Region Hovedstaden, no. 2, 4.
- Region Hovedstaden - IT, Medico og Telefoni og Region Sjælland (2012), "DK-København: It-tjenester: rådgivning, programmeludvikling, internet og support", 2012/S 182-298788 [WWW Document], Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen. URL <https://www.udbud.dk/Pages/Tenders/ShowTender?tenderid=4585> (tilgået 8.31.21).
- Rigsrevisionen (2018), "Beretning om Sundhedsplatformen".
- Schallmo, D. R. A. og C. A. Williams (2018), "Digital Transformation Now!", *SpringerBriefs in Business*, Springer International Publishing, Cham. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-72844-5>
- Schou, J. og M. Hjelholt (2019), "Digitaliseringen af den danske offentlige sektor: hvor er vi på vej hen"? *Økonomi & Politik*, 2, 33-47.
- Sebastian, I. M., K. G. Moloney, J. W. Ross, N. O. Fongstad, C. Beath og M. Mocker (2017), "How big old companies navigate digital transformation", *MIS Quarterly Executive*, 16, 197-213, <https://doi.org/10.4324/9780429286797-6>
- Statsrevisorerne (2018), "Statsrevisorernes beretning nr. 17/2017 om Sundhedsplatformen", 5.
- Strauss, A. og J. Corbin (1997), "Grounded Theory in Practice", SAGE Publication, Inc.
- Strauss, A., S. Fagerhaugh, B. Suczek og C. Wiener (1997), "Social Organization of Medical Work", Transaction Publishers, New Brunswick.
- Tilson, D., K. Lyytinen og C. Sørensen (2010), "Digital infrastructures: The missing IS research agenda", *Information Systems Research*, 21, 748-59, <https://doi.org/10.1287/isre.1100.0318>
- Troise, C., V. Corvello, A. Ghobadian og N. O'Regan (2022), "How can SMEs successfully navigate VUCA environment: The role of agility in the digital transformation era", *Technological Forecasting and Social Change*, 174, 121227, <https://doi.org/10.1016/j.techfore.2021.121227>
- Vial, G. (2019), "Understanding digital transformation: A review and a research agenda", *Journal of Strategic Information Systems*, 28, 118-44, <https://doi.org/10.1016/j.jsis.2019.01.003>
- Warner, K. S. R. og M. Wäger (2019), "Building dynamic capabilities for digital transformation: An ongoing process of strategic renewal", *Long Range Planning*, 52, 326-49, <https://doi.org/10.1016/j.lrp.2018.12.001>

# Målkonflikter står i vejen for mindre ulighed i sundhed

Den ustyrlige sundhed

*Social ulighed i sundhed er et problem, som ingen har gavn af, som alle siger, der bør gøres noget ved, men som alligevel gradvist vokser sig større og større. Er det mangel på forskning og viden, er det mangel på politisk prioritering, eller er det et vildt og ustyrligt problem, som unddrager sig rationel analyse? Vi skal her argumentere for, at det er et spørgsmål,*

*hvor der findes megen viden, men hvor prioritering og implementering af effektive indsatser blokeres af implicite interesse- og målkonflikter, som derfor bør tydeliggøres og underkastes nødvendige – omend svære – politiske prioriteringer. Samtidig er der også flere synergier med et potentiale, som kan udnyttes bedre end i dag.*

Der er store forskelle i menneskers helbred. Nogle dør unge, andre må leve mange år med invaliderende sygdom, mens andre igen dør raske, når de er 90. Det danske samfund har samtidig betydelige forskelle i befolkningens uddannelse, indkomst og formuer. Det er den gradvis stærkere kobling mellem de to former for forskelle – de sundhedsmæssige og de socioøkonomiske – som opfattes som det etiske problem med social ulighed i sundhed og dermed også som det videnskabelige og politiske problem (Sundhedsstyrelsen, 2011; Mackenbach, 2019).

En del af den sociale ulighed i sundhed er genetisk betinget, fordi genetisk arv både kan påvirke muligheder for uddannelse og et godt helbred (Harden og Koellinger, 2020). Men det ændrer ikke på, at mange kendte påvirkelige sygdomsårsager i børns opvækstvilkår, i arbejdsliv og boligmiljø, sundhedsadfærd, stress, infektioner mv. er systematisk socialt skævt fordelt i det danske samfund (Sundhedsstyrelsen, 2020a). Det betyder, at der er et stort uudnyttet potentiale, hvor forebyggelse og sundhedsfremme kan reducere sygdomsårsager blandt dem, som er mest eksponerede for dem, eller som er mere sårbare for deres helbredseffekt (Sundhedsstyrelsen, 2020b).

**➤ Mange kendte påvirkelige sygdomsårsager i børns opvækstvilkår, i arbejdsliv og boligmiljø, sundhedsadfærd, stress, infektioner mv. er systematisk socialt skævt fordelt i det danske samfund**

Ulighed i helbred kan opstå på to måder: ulighed i risiko for at blive syg og ulighed i forløb og konsekvenser af sygdom. For at forstå uligheden i risiko for at blive syg skal man vide noget om, hvilke sygdomsårsager som er ulige fordelt, eller om der er ulighed i sårbarheden for deres helbredseffekt. For at forstå uligheden i sygdomskonsekvenser har man desuden brug for viden

## FINN DIDERICHSEN

Professor emeritus,  
dr.med., Institut for Folkesund-  
hedsvidenskab, Københavns  
Universitet,  
fdi@sund.ku.dk

## ANNA PALDAM FOLKER

Professor, Statens Institut for  
Folkesundhed, Syddansk  
Universitet,  
anpf@sdu.dk

om, hvad der påvirker sygdomsforløb og -konsekvenser i form af dødelighed, funktionsevne, livskvalitet mm.

Ulighed i sundhed måles oftest med beregning af risiko for sygdom og død opdelt efter længden på uddannelse. En sådan statistisk association fortæller ikke nødvendigvis noget om årsagsrelationerne. Er kort uddannelse en sygdomsårsag, eller er der arvelige forhold, som påvirker både uddannelse og helbred? Analyser af naturlige eksperimenter og brug af såkaldte instrumentelle variabler har vist en tydelig kausal effekt, hvor længere uddannelse betyder lavere sygelighed og dødelighed (Howe et al., 2023). I et historisk og globalt perspektiv har længere uddannelse i befolkningen også spillet en stor rolle for forbedringer af middellevetiden. Derfor kan det fremstå som paradoksalt, at uddannelsesforskelle i dødelighed er vokset sig større i takt med at befolkningens uddannelsesniveau generelt er steget (Östergren et al., 2017). Forklaringen er, at flere risikofaktorer i børn og unges opvækstvilkår oftere ophobes blandt de børn, som senere kun får en kort uddannelse. Desuden er en række sundhedsskadelige forhold i voksnes miljø og adfærd blevet stærkere knyttet til kort uddannelse, end de var før. Samtidig er den sociale mobilitet mindsket, og de unges uddannelsesniveau er stærkere associeret med forældrenes blandt de yngre generationer (Karlson og Landersø, 2021). Uddannelse har effekt på sygelighed og dødelighed, men en bedre uddannet befolkning kan ikke alene kompensere for andre faktorer, der påvirker social ulighed i sundhed som ophobning af risikofaktorer blandt de kortuddannede.

Social ulighed i sundhed er blevet betegnet som et vildt og ustyrligt (eng.: wicked) problem. Vilde problemer er karakteriseret ved, at de er svære at formulere, svære at forstå og svære at løse. De har ikke nogen lineær kobling mellem årsager, indsatser og effekter. At betegne social ulighed i sundhed som et vildt problem kan dog være med til at sløre, at der de sidste 40 år har været en stor forskningsaktivitet i både Danmark og internationalt, som har beskrevet uligheden, identificeret en lang række årsager og drivkræfter, samtidig med at der er udviklet og evalueret en lang række indsatser (Hoffmann, 2023). Der har dog globalt i nyere tid kun været få systematiske forsøg på at reducere de sociale uligheder i sundhed med nationale politiske indsatser, men de som findes, har vist, at det faktisk er muligt (Bambra, 2021). Da man f.eks. i England i 00'erne satsede kraftigt på flere ressourcer til bl.a. sundhed i udsatte områder mindskedes den geografiske ulighed i middellevetid. Da den gamle politik vendte tilbage, fortsatte uligheden igen med at stige.

Det er vores hypotese i denne artikel, at en række politiske målkonflikter har medvirket til at stå i vejen for prioritering og implementering af de politiske tiltag, som kunne have været effektive til at nedbringe den sociale ulighed i sundhed i Danmark. Lad os tage nogle af vigtigste politikområder, hvor der kan gøres noget for at mindske social ulighed i sundhed, og se nærmere på, hvordan indsatser på disse områder kan være forbundet med konflikter om mål og midler.



Det er vores hypotese i denne artikel, at en række politiske målkonflikter har medvirket til at stå i vejen for prioritering og implementering af de politiske tiltag, som kunne have været effektive til at nedbringe den sociale ulighed i sundhed i Danmark

### Fjerne børnefattigdom eller økonomiske incitamerter til arbejde

Der er robust dansk og udenlandsk epidemiologisk forskning, som dokumenterer at børns tidlige vilkår, økonomisk, socialt og psykologisk har afgørende betydning for deres helbred resten af livet (Rod et al., 2020). Børnefattigdom, dvs. børnefamilier, der lever under fattigdomsgrænsen, har været i politisk fokus. Det er dog vigtigt at se fattigdom i en sammenhæng, fordi den optræder sammen med interagerende risikofaktorer som kort uddannelse hos forældrene, arbejdsløshed, psykisk og fysisk sygdom, vold, økonomisk stress og usikkerhed, bolig i en udsat bydel etc. Det kan derfor være svært at vurdere effekten af en enkelt faktor. Den samlede effekt af børns tidlige vilkår på dødelighed og sygelighed i voksenlivet er betydelig, og ligger bag en del af den sociale ulighed i sundhed – også i dagens Danmark (Eisenburg et al., 2022).

Det kan overraske, at børns tidlige vilkår stadig spiller så stor rolle for sundhedsudviklingen, med tanke på at der gøres meget for at kompensere for effekterne. Danmark har universelle programmer med svangre omsorg og sundhedspleje, med tidlig opsporing, vaccinationer, rådgivning og støtte til børnefamilier. Analyser fra Sundhedsstyrelsen peger dog på, at de universelle indsatser med fordel kan suppleres med ekstra indsatser for familier med større behov for hjælp (Sundhedsstyrelsen, 2022c). International forskning har dokumenteret, at forældrestøttende programmer kan mindske social ulighed i sundhed, hvis de starter ved graviditetens begyndelse, inkluderer hjemmebesøg og aktiv inddragelse af forældrene (Pierron, 2018). Sundhedsplejersker og jordemødre er udsat for en stor efterspørgsel på råd og information fra mere ressourcestærke forældre. Der kan med andre ord være en modsætning mellem efterspørgsel og behov i sundhedsarbejdet. Det kommer vi tilbage til.

At børns sociale og økonomiske opvækstvilkår stadig har alvorlige konsekvenser, rejser spørgsmålet om, hvorfor det har været så svært at gennemføre indsatser, som afbøder dem. Hvis vi alene ser på børnefattigdom, er der færre, men stadig ca. 50.000 børn, som lever i fattigdom i Danmark, og en tilsvarende gruppe børn, der lever på grænsen til fattigdom. Ydelseskommisionen (2021) illustrerede i sine analyser, at det nuværende system af kontanthjælp giver tydelige incitamerter til at søge arbejde og uddannelse, men at fattige børnefamilier samtidig i stigende udstrækning slås med en række andre sociale og sundhedsmæssige problemer, som gør det vanskeligt for dem at tage et arbejde. De økonomiske incitamerter fungerer mindre godt for den gruppe

(Martin, 2015), samtidig med at incitamenterne fastholdes af hensyn til princippet om, at ”det skal kunne betale sig at tage et arbejde”.



Der er således en målkonflikt mellem at give udsatte børn en bedre start ved at reducere fattigdom i børnefamilier og dermed reducere antallet af risikofaktorer for sygelighed, og ønsket om at bevare de økonomiske incitament til at tage lavt betalte job og dermed opnå øget arbejdsudbud og integration på arbejdsmarkedet.

### Fleksible arbejdskrav eller højere pensionsalder for alle

Få sygdomsårsager er så socialt skævt fordelt som de, der er knyttet til det fysiske arbejdsmiljø. Tunge løft, træk og skub af byrder, ensidigt belastende arbejde og uhensigtsmæssige arbejdsstillinger og arbejdsulykker er meget hyppigere blandt personer, oftest kortuddannede og ufaglærte, som arbejder med f.eks. byggeri, fødevarer og omsorg. Det psykosociale arbejdsmiljø inkl. høje krav i kombination med lav indflydelse over, hvordan man skal leve op til dem, spiller også en rolle ikke mindst for den mentale sundhed blandt mennesker med kort uddannelse, og bidrager dermed til uligheden (Rugulies et al., 2023). Arbejdsmiljøet påvirker ikke kun risikoen for at blive syg, men også muligheden for at vende tilbage til arbejdet med nedsat arbejdsevne efter et sygdomsforløb. Derfor spiller arbejdsmiljøet også en afgørende rolle for uligheden i tidlig tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet (Qvist, 2021). Midaldrende, som kun har grunduddannelse, rapporterer fem gange så ofte nedsat fysisk helbred med smerter og nedsat funktionsevne sammenlignet med jævnaldrende med en lang uddannelse (Sundhedsstyrelsen, 2022a), og uligheden i arbejdsevne er tilsvarende stor (Aaskoven et al., 2024). Ulighed i risiko for at dø i årene inden pensionsalderen er i samme størrelsesorden (Strozza et al., 2022).

I Danmark findes en omfattende forskning og infrastruktur, som sammen med parterne på arbejdsmarkedet implementerer retningslinjer og monitorerer udviklingen på arbejdsmiljøområdet. Arbejdstilsynet arbejdede i en årække med ”Arbejdsmiljøstrategi 2020”, hvor man havde som mål at mindske antallet af arbejdsskader og andelen af ansatte, som følte sig overbelastede med fysiske eller psykiske arbejdskrav med 20 pct. Monitorering af udviklingen i de år, som er gået, har dog ikke kunnet påvise nogen forbedring på de parametre (NFA, 2019).

Visse skadelige elementer i arbejdsmiljøet er en integreret del af arbejdsopgaverne, som det kan være vanskeligt at fjerne. Samtidig har uligheden i helbredsrelateret tidlig tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet været stigende.

Det har skabt behov for et arbejdsmarked med mere fleksible arbejdskrav, og et mere fleksibelt pensionssystem. Samtidig har den politiske opmærksomhed




de senere år været rettet mod økonomiske krav om øget produktivitet, generelt højere pensionsalder og større arbejdsudbud.

Hvis det er vanskeligt at mindske uligheden i arbejdsbelastningerne, kan man mindske uligheden i, hvor længe mennesker er udsat for dem. Aktuelle reformer med tidlig pension, seniorpension osv. er forsøg på at muliggøre dette. De har potentialet til at kunne bidrage til mindsket ulighed i sundhed for de ældre, fordi det forkorter eksponeringstiden for dem, som har det tungeste arbejdsmiljø. Men det er kompliceret, bl.a. fordi det er vanskeligt at vurdere, hvem der skal inkluderes. Der findes nu objektive mål på fysisk arbejdsbelastning, men der savnes gode objektive kriterier for nedslidning.

Kombinationen af på den ene side strammere regler for førtidspension og andre former for tidlig tilbagetrækning og på den anden side højere arbejdskrav har samtidig skabt en gruppe på arbejdsmarkedet, som er for raske til at få førtidspension og for syge til at klare arbejdskravene (Jensen et al., 2019). De bliver da oftest henvist til at klare sig på kontanthjælp, med den økonomiske stress det indebærer, og dermed en større økonomisk ulighed i helbred. Der skal med andre ord findes en balance, og for den enkelte borger skal den ikke mindst findes i et tæt samarbejde mellem sundhedsvæsenet og socialsektoren. Et samarbejde som i dag ikke fungerer optimalt. Det kommer vi tilbage til.

Meget taler for, at en håndhævelse af strammere regler for tidlig tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet inkl. en for alle fast og stigende folkepensionsalder, vil øge den sociale ulighed i sundhed blandt de ældre. Da man kobledede pensionsalderen til den stigende middellevetid, var det tanken, at det skulle muliggøre et otium på i gennemsnit 14,5 år. Men selvom dødeligheden mindskes, betyder det ikke, at der bliver færre med de helbredsproblemer, som især påvirker arbejdsevnen hos ældre – dvs. muskel- og skeletlidelser og psykiske problemer. Med den store ulighed i forekomsten af disse sygdomme skaber en stigende pensionsalder tværtimod en større ulighed, både helbredsmæssigt, men også økonomisk for dem, som ikke kan fortsætte med at arbejde så længe. Dertil kommer at uligheden i dødelighed medfører, at personer med kort uddannelse oftere slet ikke får mulighed for at opleve noget otium.

 Der er således en målkonflikt mellem, på den ene side målene om øget arbejdsudbud, øget produktivitet og højere pensionsalder, og på den anden side behovet for mere fleksible arbejdskrav og tilbagetrækningsmuligheder for dem, som har haft de største arbejdskrav og færrest muligheder for at påvirke dem i deres arbejdsliv.

## Beskytte befolkningens sundhed eller industriens frihed at skabe efterspørgsel på usunde produkter

Tobak og alkohol har i mange år spillet en væsentlig rolle for ulighed i dødelighed. Mennesker med kortere uddannelse dør i højere grad af tobaksrygning og for meget alkohol. Det beror både på, at kortuddannede er mere eksponerede, men også på, at de er mere modtagelige for helbredseffekten af især alkohol og tobak. Det sidste beror bl.a. på, at de oftere er mere eksponerede for andre interagerende årsager til de samme sygdomme. De usunde kostvaner i den danske befolkning udvikler sig også hastigt i retning mod større social ulighed, og sammen med lav fysisk aktivitet står disse risikofaktorer for en betydelig og meget ulige fordelt sygdomsbyrde. I sundhedspolitikken diskuteres indsatser mod risikofaktorerne ofte hver for sig, men den epidemiologiske virkelighed i Danmark er, at de i stigende udstrækning optræder sammen – især blandt socialt sårbare og i socialt udsatte lokalsamfund (Sundhedsstyrelsen, 2022a).

Det sætter fokus på de drivkræfter, som på tværs af risikofaktorerne skaber efterspørgsel og udbud på de sundhedsskadelige produkter. Der er mange mekanismer inkl. økonomiske, psykologiske og fysiologiske processer bag den stærke sammenhæng mellem social position og efterspørgsel på usunde produkter (Kraft og Kraft, 2021). Stress er en af de faktorer, som her spiller en central rolle og påvirker sundhedsadfærd ved at forstærke tendensen til at værdsætte forbrugets kortsigtede fordele for velbefindende frem for de langsigtede positive helbredseffekter.

Udbuddet af sundhedsskadelige produkter er mindst lige så afgørende for forbruget som efterspørgslen. Tobak, nikotin, alkohol og usunde fødevarer produceres af private kommercielle, ofte internationale virksomheder, som konkurrerer på et globalt marked. Det kræver produktudvikling og markedsføring for at sikre afkast til investorer. Der findes således en grundlæggende interesse modsætning. For at mindske befolkningens risiko for alvorlig sygdom og mindske uligheden i sundhed er det nødvendigt at mindske forbruget af de sundhedsskadelige produkter. Men den industri, som lever af at producere og sælge dem, har modsat en interesse i at udvikle og markedsføre nye produkter og få skabt efterspørgsel på dem.

Det er efter mange års stridigheder mellem internationale sundhedsmyndigheder og industrien lykkedes at presse cigaretforbruget tilbage. En global rammekonvention for regulering af tobaksmarkedet (FCTC) er blevet vedtaget med opbakning af et stort antal lande inkl. Danmark. Alkohol og fødevarerindustrien har indtil videre lykkedes med at undgå tilsvarende rammeaftaler. Det er desuden, særligt på kostområde, teknisk kompliceret at konstruere afgifter på en måde, så de både fremmer et sundere forbrug og ikke øger økonomisk ulighed. Der råder dog ingen tvivl om, at afgifter både er meget omkostningseffektive og vil have stor effekt på social ulighed i forbruget (Lauer et al., 2022). Samtidig findes der, som bl.a. Klimarådet har påpeget, et stort potentiale i at samtænke klima og folkesundhed i udformningen af afgifter på

landbrug og fødevarer (Willet et al., 2019) og i udformningen af landbrugsstøtten, så de både fremmer folkesundhed og beskytter klimaet (Springmann og Freund, 2022).

Omfattende international forskning har dokumenteret, hvordan industrien som modsvar til de sygdomsforebyggende initiativer anvender en lang række strategier for at forsvare deres interesser (Maani et al., 2023). Det handler ikke kun om at påvirke de politiske beslutninger via direkte lobbyisme, men også om et langsigtet arbejde for at påvirke samfundets narrativ med betoning af individets frie valg og ansvar. Der satses også på offentlig-private partnerskaber og social ansvarlighed, som bidrager til at nedtone den grundlæggende modsætning mellem profit og sundhed, og fremstille industrien som en del af løsningen. Industrien søger også at påvirke forskningen og så tvivl om forskningsresultater, som ikke gavner dens interesser. Når disse strategier ikke lykkes, tager industrien i stigende udstrækning retslige midler i brug for at begrænse de sygdomsforebyggende indsatser (Gilmore et al., 2023).

Den etiske diskussion om forebyggelse formuleres ofte i termer af en modsætning mellem individets frihed og statens ageren for at beskytte borgerne mod alvorlig sygdom. Når et godt helbred er en vigtig forudsætning for friheden til at leve det liv, man sætter pris på, bliver det dog misvisende at opstille en grundlæggende modsætning mellem frihed og forebyggelse. Der er med andre ord behov for en bredere etisk og politisk analyse, der ikke kun ser på modsætningen mellem det autonome individ og en regulerende stat, men også på modsætningen mellem en industri, som vinder på at udvikle og sælge sundhedsskadelige varer, en befolkning, som skal bære sygdomsbyrden af at forbruge dem, og en stat, som skal bære den økonomiske byrde af at behandle de sygdomme, som er resultatet.

➤➤ Der er således en målkonflikt mellem på den ene side at sikre erhvervslivets frihed til at udvikle, markedsføre og sælge produkter, som de skaber efterspørgsel på, statens behov for indkomster fra afgifter på bl.a. alkohol og tobak og så på den anden side samfundets ønske om at begrænse forbruget af sundhedsskadelige produkter, som resulterer i en meget ulige fordelt risiko for at blive ramt af alvorlig sygdom og for tidlig død.

### Organisere sundhedsvæsenet efter behov eller efterspørgsel

Der er i Danmark en stor social ulighed i forløb og konsekvenser af sygdom (Sundhedsstyrelsen, 2020a). Det retter opmærksomheden på, hvordan sundhedsvæsenet fungerer for mennesker med kort uddannelse og dårligt helbred. Her går udviklingen på flere parametre ikke den rette vej. I 1990'erne og 00'erne, hvor det med specialisering og centralisering af kræftbehandlingen

lykkedes at forbedre kræftoverlevelsen markant, skete der f.eks. samtidig en fordobling af den socioøkonomiske ulighed i kræftoverlevelse, og den er ikke mindsket siden da. Det er påvist, at social ulighed i den medicinske kvalitet af kræftbehandling bidrager til uligheden i overlevelse (Olson et al., 2023). Det samme gør sig gældende ift. flere andre alvorlige sygdomme. Ulighed i medicinsk betinget førtidspension er også steget kraftigt i de senere år (Sundhedsstyrelsen, 2020a).

Lighed i sundhedsvæsnets resultater i form af overlevelse, funktionsevne og tilbagevenden til arbejde er vigtigt. Tilsvarende er lighed i den tryghed som en let adgang til sundhedsvæsenet giver også centralt. Adgangen til nogle af sundhedsvæsenets ydelser rationeres med patientafgifter og ventelister. De har begge en tendens til at skabe ulighed i adgang, fordi flere sociale og økonomiske ressourcer gør det lettere at overvinde denne type af hindringer. Analyser af brugen af de praktiserende læger, hvor disse hindringer spiller en mindre rolle, viser, at de patienter, som tilhører den laveste indkomstkvarter, også her har signifikant lavere kontaktfrekvens end andre, når man tager hensyn til forskelle i selvrapporterede helbredsforhold (Sundhedsstyrelsen, 2023). For brug af bl.a. praktiserende speciallæger er denne ulighed større. Det afspejler ikke mindst den ulighed, der findes i uoverensstemmelsen mellem efterspørgsel og behov. Efterspørgsel skaber udbud, og større udbud genererer mere efterspørgsel. Det har skabt en situation, hvor udbuddet af bl.a. speciallæger er mange gange større i de bydele og kommuner, hvor behovet er mindst. Det er en mekanisme, som blev identificeret allerede for over 50 år siden og blev betegnet som ”The inverse care law” (Hart, 1971).

Ulighed i sygdomsforløb skabes i høj grad af ulighed i forekomst af andre sygdomme hos samme patient – såkaldt multisygdom. Især har det vist sig, at kombinationer af psykiske og somatiske lidelser påvirker hinandens forløb. Dødeligheden i somatiske sygdomme, inklusive de sygdomme, som normalt har gode behandlingsresultater, er f.eks. meget højere for patienter, som samtidig lider af en alvorlig psykisk lidelse (Behandlingsrådet, 2023). Da der er social ulighed i forekomst af psykiske lidelser, skaber det social ulighed i overlevelse af de somatiske lidelser.

Der er også andre mindre sundhedsfaglige, men mere kommunikative kvaliteter, som er særligt vigtige for patienter, som har færre ressourcer. Det handler om tid, empati og kompetence hos personalet til at lytte, forstå og leve sig ind i patienternes vilkår og handlemuligheder, og de sociale årsager til og konsekvenser af deres sygdom (Sundhedsstyrelsen, 2022b). For at sundhedspersonalet skal kunne levere de kvaliteter, forudsætter det ikke kun kompetence, men også at de nødvendige strukturelle rammer er på plads (Sundhedsstyrelsen, 2022b). Det kræver geografisk nærhed og kontinuitet. For de patienter, som har flere sygdomme og sociale problemer samtidig, kræver det også generalistkompetencer og samarbejde med socialektoren. Det sidste kræver, at der findes viden om og respekt for hinandens kompetencer på tværs af sektorerne. Disse kvaliteter er af betydning for alle patienter uanset social position.

Det er kvantiteten af dem, som gør en forskel – den sårbare patient har brug for mere tid, geografisk nærhed, kontinuitet i behandler-patient-forholdet end andre.

Et tydeligt populationsansvar er vigtigt. Et sådant ansvar betyder, at det primære sundhedsvæsen sammen med kommunens socialsektor tager fælles ansvar for en afgrænset befolkning i et geografisk område, planlægger efter lokale behov ud fra tilgængelige data om sundhedsadfærd, sygelighed og sociale forhold og sikrer, at ingen tabes i de lange kronikerforløb. Det er som nævnt ikke mindst vigtigt for udsatte børnefamilier, voksne med en usikker position på arbejdsmarkedet og ældre, som behøver både medicinsk hjælp og social omsorg (Gkiouleka et al., 2023). Men det kræver, at ”the inverse care law” brydes. Det lokale budget skal variere proportionalt med forskellene i behov, så det personale, som skal arbejde med borgere i udsatte områder, har rammer og ressourcer, som muliggør at levere de kvaliteter, som der er behov for i en nær og tilgængelig indsats. Hvis vi antager, at behovene varierer med Indenrigsministeriets socioøkonomiske indeks, skal lægetætheden f.eks. være dobbelt så stor i Kalundborg som i Hørsholm, og ikke lige omvendt, som det er tilfældet i dag.

Der er dog samtidig målkonflikter, der skal håndteres. En velfærdsstat som vil være for alle, også for dem, som har råd til private alternativer, skal kunne møde en efterspørgsel på valgfrihed, lettilgængelighed og service. Det har rejst krav om flere private alternativer og konkurrence i udbuddet af sundhedsydelserne. I nogle lande som f.eks. Sverige har det ledt til en privatisering, ikke så meget i form af flere privatpraktiserende læger, men i en form, hvor store internationale virksomheder har overtaget og driver det nære sundhedsvæsen. En begyndelse på dette ses også i Danmark, hvor f.eks. den multinationale koncern Ramsey Health Care i de senere år gennem sit datterselskab Alles Lægehus har overtaget mange lægehuse. Erfaringen fra Sverige er, at den udvikling øger udbuddet og aflaster det offentlige sundhedsvæsen for en del af arbejdet med mindre komplicerede patienter. Men det dræner samtidig det offentlige system for penge og personale. Desuden kan det sætte kæppe i hjulet for en udvikling mod befolkningsansvar, behovsbaseret ressourceallokering og samarbejde mellem social- og sundhedssektoren (Blix og Jordahl, 2021).

➤➤ **Der er en målkonflikt mellem på ene side at tilgodese en stigende efterspørgsel på let adgang til specialister med valgfrihed, kommercielle alternativer, og kortere ventetider, og på den anden side at prioritere en udvikling henimod befolkningsansvar på tværs af social og sundhedsområdet, der kan tilgodese et behov for nærhed, kontinuitet og generalistkompetencer for de multisyge og mere udsatte borgere.**

## Konklusion: at prioritere ved målkonflikter og udnytte potentialet ved synergier

Det danske samfund arbejder med en lang række mål som f.eks. økonomisk vækst, miljømæssig bæredygtighed, handlefrihed for individer og virksomheder, høj beskæftigelse og integration samt ikke mindst en bedre og mere lige fordelt folkesundhed. Der råder meget lidt politisk uenighed om disse mål. Men det hindrer ikke, at målene kan være i konflikt med hinanden. Målkonflikter opstår, når ét mål opnås på bekostning af andre mål.

Vi har i denne artikel præciseret nogle sygdomsårsager, som spiller en rolle for ulighed i sundhed. Det handler om børnefattigdom, mindre fysisk og psykisk belastning i arbejdet, mindre forbrug af usunde produkter samt tilgængelighed og kvalitet af sundhedsydelser. Det er, når vi analyserer midlerne til at ændre den sociale fordeling af disse årsager, at målkonflikter kan opstå. Så handler det bl.a. om højere børnetilskud, højere priser på tobak, kød og sukker, fleksibel pensionsalder, stop for nye ydernumre i områder med færre syge. Dermed kommer vi i konflikt med andre mål om at sikre økonomiske incitamentter til at tage lavt betalte job, virksomheders og borgernes handlefrihed til at producere og konsumere, hvad de vil, ønsker om et større arbejdskraftudbud samt at kunne møde efterspørgsel på sundhedsydelser uanset behov. Vi mener, at disse konflikter reelt har stået i vejen for implementering af flere effektive indsatser mod ulighed i sundhed. Men det er ikke nødvendigvis tilsigtet. Denne type målkonflikter lægges sjældent tydeligt frem, så de kan blive en del af den offentlige samtale og dermed kan gøres til genstand for gennemskuelige politiske valg og prioriteringer.

Samtidig er det også vigtigt at pege på, at der på flere af de aktuelle områder ikke råder nogen konflikt mellem forskellige mål og midler. Der er f.eks. ikke altid en modsætning mellem målet om en bedre folkesundhed for hele befolkningen og mindsket social ulighed i sundhed. De mest omkostningseffektive forebyggende indsatser, som kan forbedre folkesundheden generelt, som højere afgifter på usunde produkter og lavere på sunde, er samtidig de indsatser, som er bedst til at mindske social ulighed i sundhed (Sundhedsstyrelsen, 2020b). Strukturelle forebyggende indsatser, der virker mod social ulighed i sundhed, resulterer også i bedre folkesundhed generelt.

På flere områder er der desuden synergi mellem forskellige mål og midler. Hvis vi opnår målet om en bedre og mindre ulige folkesundhed, så fremmer det både arbejdsudbud, beskæftigelse, økonomisk vækst og menneskers frihed til at leve det liv, de sætter pris på. Det kan også bidrage til at mindske presset på stigende udgifter i sundhedsvæsenet. Højere afgifter på animalske og lavere på vegetabiliske fødevarer er godt for både folkesundhed og klima. Det samme gælder indsatser mod brug af fossile brændstoffer, som både kan give både mindre luftforurening og CO<sub>2</sub>-udslip, og samtidig forbedre rammerne for fysisk aktivitet i daglig transport. Bedre arbejdstilsyn og større indflydelse for de ansatte over arbejdsmiljø kan give mindre ulighed i sundhed og samtidig

mindske sygefravær og behov for tidlig tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet, og dermed et større arbejdskraftudbud og højere produktivitet.

Kunsten er at tydeliggøre både konflikter og synergier for at kunne prioritere og kompensere ved de førstnævnte og udnytte potentialet ved de sidstnævnte.

## Referencer

- Aaskoven, M. S., J. T. Lauridsen og T. Kjær (2024), "Live longer, work longer? An investigation of the health capacity to work at older ages in Denmark using combined register and survey data", *J Labour Market Res*, 58: 2.
- Bambra, C. (2021), "Levelling up: Global examples of reducing health inequalities", *Scand J Public Health*, 50(7): 908-13.
- Behandlingsrådet (2023), "Behandlingsrådets rapport vedrørende ulighed i somatisk behandling af patienter med psykiske lidelser", Ålborg.
- Blix, M. og H. Jordahl (2021), *Privatizing welfare services: Lessons from the Swedish experiment*, London: Oxford University Press.
- Eisenburg, L. K., A. Rieckmann, T. L. Ngyuen et al. (2022), "Mediation of the parental education gradient in early adult mortality by childhood adversity", *Lancet Public Health*, 7(2): e146-e155.
- Gilmore, A. B., A. Fabbri, F. Baum et al. (2023), "Defining and conceptualising the commercial determinants of health", *The Lancet*, 401(10383): 1194-1213.
- Gkiouleka, A., G. Wong, S. Sowden et al. (2023), "Reducing health inequalities through general practice", *Lancet Public Health*, 8(6): e463-e472.
- Harden, K. P. og P. D. Koellinger (2020), "Using genetics for social science", *Nat Hum Behav*, 4: 567-76.
- Hart, J. T. (1971), "The inverse care law", *The Lancet*, 297(7696): 405-12.
- Hoffmann, R. (red.) (2023), *Handbook of Health Inequalities Across the Life Course*, London: Edward Elgar Publishing Limited.
- Howe, L. J., H. Rasheed, P. R. Jones et al. (2023), "Educational attainment, health outcomes and mortality: a within-sibship Mendelian randomization study", *Int J Epidemiol*, 52(5): 1579-91.
- Jensen, N. K., H. Brønnum-Hansen, I. Andersen et al. (2019), "Too sick to work, too healthy to qualify: a cross-country analysis of the effect of changes to disability benefits", *J Epidemiol Community Health*, 73: 717-22.
- Karlsen, K. B. og R. Landersø (2021), "The making and unmaking of opportunity. Educational mobility in 20<sup>th</sup> century Denmark", IZA DP 14135. IZA Institute of Labour Economics. Bonn
- Kraft, P. og B. Kraft (2021), "Explaining socioeconomic disparities in health behaviours: A review of biopsychological pathways involving stress and inflammation", *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 127: 689-708.
- Lauer, J. A., F. Sassi, A. L. P. Soucat og A. Vigo (red.) (2022), *Health taxes – policy and practice*, London: World Scientific Publications.
- Maani, N., M. Petticrew og S. Galea (red.) (2023), *The Commercial Determinants of Health*, New York: Oxford University Press.
- Mackenbach, J. P. (2019), *Health inequalities: Persistence and change in European welfare states*, Oxford University Press.
- Martin, J. P. (2015), "Activation and active labour market policies in OECD countries: stylised facts and evidence on their effectiveness", *IZA J Labor Policy*, 4: 4.
- NFA (2019), "Fakta om Arbejdsmiljø og helbred 2018", København.
- Olsen, M. H., T. K. Kjær og S. O. Dalton (2023), *Social ulighed i kræft i Danmark*, 2. udg., Hvidbog, Kræftens Bekæmpelse, København.
- Pierron, A. et al. (2018), "Supporting parenting to address social inequalities in health: a synthesis of systematic reviews", *BMC Public Health*, 18(1): 1087.
- Qvist, J. (2021), "The working class and early retirement in Denmark: Individual push factors", *Ageing and Society*, 41(9): 2118-42.
- Rod, N. H., J. Bengtsson, E. Budtz-Jørgensen et al. (2020), "Trajectories of childhood adversity and mortality in early adulthood: a population-based cohort study", *The Lancet*, 396(10249): 489-97.
- Rugilies, R., B. Aust, B. A. Greiner et al. (2023), "Work-related causes of mental health conditions and interventions for their improvement in workplaces", *The Lancet*, 402(10410): 1368-81
- Springmann, M. og F. Freund (2022), "Options for reforming agricultural subsidies from health climate and economic perspectives", *Nature Comm*, 13: 82.
- Strozza, C., S. Vigezzi, J. Callaway et al. (2022), *Socioeconomic inequalities in survival to retirement age in Denmark: a register-based analysis*, Syddansk Universitet, doi:10.31219/osf.io/8wbdv
- Sundhedsstyrelsen (2011), "Ulighed i sundhed – årsager og indsatser", København.
- Sundhedsstyrelsen (2020a), "Social ulighed i sundhed og sygdom", København.
- Sundhedsstyrelsen (2020b), "Indsatser mod ulighed i sundhed", København.
- Sundhedsstyrelsen (2022a), "Sundhedsprofilen 2021", København.
- Sundhedsstyrelsen (2022b), "Sundhedskompetence i det danske sundhedsvæsen", København.

- Sundhedsstyrelsen (2022c), "Anbefalinger for svangreomsorgen", version 4, København.
- Sundhedsstyrelsen (2023), "Social og geografisk ulighed i sundhedsydelse" København.
- Willett, W., J. Rockström, B. Loken et al. (2019), "Food in the Anthropocene: the EAT-Lancet Commission on healthy diets from sustainable food systems", *The Lancet*, 393(10170): 447-92.
- Ydelseskommisionen (2021), "Samlede anbefalinger til et nyt ydelsessystem", København.
- Östergren, O., O. Lundberg, B. Artnik et al. (2017), "Educational expansion and inequalities in mortality", *PLOS ONE* 12(8):e0182526.



# Kan økonomiske incitamentter skabe og understøtte sammenhæng på tværs af sundhedsvæsenets aktører?

Den ustyrlige sundhed

*Siden 1980'erne er behovet for at forbedre sammenhæng på tværs af sektorer og leverandører blevet fremhævet i den danske sundhedspolitiske debat. I artiklen diskuterer vi potentialet i at bruge økonomiske incitamentter til at understøtte bedre sammenhæng på tværs af sundhedsvæsenet. Vi benytter principal-agent-teorien til at belyse virkningen af incitamentterne på sundhedsaktørers adfærd. Artiklen har tre formål. For det første giver vi et overblik over den internationale forskningsviden om virkningen af forskellige typer af økonomiske incitamentter, der*

*kan anvendes til at skabe bedre sammenhæng på tværs af sundhedsaktører. For det andet giver vi bud på, hvordan denne viden kunne benyttes i en dansk kontekst til at forbedre sammenhængen mellem sundhedsaktører og på en måde, som understøtter tredjepartsbetalers målsætninger om at sikre en høj behandlingskvalitet og lave behandlings- og transaktionsomkostninger. For det tredje præsenterer vi viden om fremmere og barrierer for implementering af tværsektorielle økonomiske incitamentter.*

## Behovet for sammenhæng i sundhedsvæsenet og økonomiske incitamentters potentiale

I snart 40 år er behovet for at forbedre sammenhæng på tværs af sektorer og leverandører blevet fremhævet i den danske sundhedspolitiske debat. Allerede i 1985 blev *Samordningsudvalget for sundhedsvæsenet* bedt om at "overveje en forbedret samordning af funktionerne i det samlede sundhedsvæsen og i forhold til den nærmest tilgrænsende del af den sociale sektor" (Indenrigsministeriet, 1985). Den manglende sammenhæng skyldes blandt andet fragmenterede forløb mellem funktionsopdelte og specialiserede enheder, som gør det sværere at levere effektiv behandling og pleje såvel som rehabilitering og forebyggelse (Prior mfl., 2023). Ønsket om bedre sammenhæng kan forstås fra både et patientmæssigt og samfundsøkonomisk perspektiv. Selvom patienter ikke i sig selv interesserer sig for sektorgrænser, er det dem som oplever unødige indlæggelser, gentager sygehistorier og risikerer at falde mellem stole, når sammenhængen mangler, mens det er samfundsøkonomien, der må bære de øgede omkostninger. Forventningen er at bedre sammenhæng kan gavne både samfundsøkonomien og patienters helbred og oplevede kvalitet (Baxter mfl., 2018; Yordanov mfl., 2024).



Ønsket om bedre sammenhæng kan forstås fra både et patientmæssigt og samfundsøkonomisk perspektiv. Selvom patienter ikke i sig selv interesserer sig for sektorgrænser, er det dem som oplever unødige indlæggelser, gentager sygehi-

### THIM PRÆTORIUS

Seniorforsker, Steno Diabetes Center Aarhus, Aarhus Universitetshospital og lektor, Institut for Statskundskab, Syddansk Universitet, tpra@sam.sdu.dk

### ANNE SOPHIE OXHOLM

Lektor, Institut for Sundhedstjenesteforskning, Syddansk Universitet, asoxholm@sdu.dk

### ESKILD KLAUSEN FREDSLUND

Sundhedsøkonom, Steno Diabetes Center Aarhus, Aarhus Universitetshospital, eskfre@rm.dk

### MICKAEL BECH

Professor, Institut for Statskundskab, Syddansk Universitet, mibech@sam.sdu.dk

### SØREN RUD KRISTENSEN

Professor, Institut for Sundhedstjenesteforskning, Syddansk Universitet, srkristensen@health.sdu.dk

## strier og risikerer at falde mellem stole, når sammenhængen mangler, mens det er samfundsøkonomien, der må bære de øgede omkostninger.

Med Sundhedsstrukturkommissionens rapport er udfordringen med fragmenterede patientforløb eftertrykkeligt kommet højt på den politiske dagsorden (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2024b). Kommissionen blev nedsat som kulminationen på en række politiske udspil og erkendelser om sundhedsvæsenets tilstand og behov for sammenhængende og nær behandling. Herunder en bekymrende fremskrivning af sundhedsudgifterne, da flere borgere lever længere og mange med kroniske sygdomme. I den forbindelse vurderes en del af løsningen at være en styrkelse af og opgaveflytning til det primære og nære sundhedsvæsen, særligt almen praksis og kommuner (Sundheds- og Ældreministeriet, 2018), hvilket er i tråd med LEON-princippet om, at sundhedsopgaver skal leveres på det laveste effektive omkostnings- og omsorgsniveau.

På baggrund af sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger fremsatte Regeringen i september 2024 et sundhedsudspil, hvor forslaget er at oprette 17 sundhedsråd, som modsat de eksisterende 21 sundhedsklynger tildeles økonomiske handlemuligheder og myndighedsansvar (Regeringen mfl., 2021; Regeringen, 2024). Disse sundhedsråd vil potentielt kunne gøre brug af økonomiske incitamenter til at skabe bedre sammenhæng i sundhedsvæsenet.

I denne artikel fokuserer vi på den rolle økonomiske incitamenter kan spille med hensyn til at understøtte bedre sammenhæng på tværs af sundhedsvæsenets aktører. Sammenfattende ligger artiklens primære bidrag i sammenfatningen af forskning om økonomiske incitamenter til at skabe sammenhæng i sundhedsvæsenet. Såkaldte tværsektorielle økonomiske incitamenter tilskrives et betydeligt potentiale i det danske sundhedsvæsen (Bech og Kjellberg, 2022). Til at belyse de forventede virkninger af økonomiske incitamenter på sundhedsaktørernes kollektive adfærd benytter vi principal-agent-teorien (PA-teorien), som kan forklare aktørers (agents) motivation til at indgå en aftale og yde en indsats for en betaler (principalen). Artiklen har tre hovedformål. For det første giver vi et overblik over den internationale forskningsviden om virkningen af forskellige typer af økonomiske incitamenter, der kan anvendes til at skabe bedre sammenhæng på tværs af sundhedsaktører. For det andet giver vi bud på, hvordan denne viden kan benyttes til at forbedre sammenhængen mellem sundhedsaktører i en dansk kontekst på en måde, som sikrer en høj behandlingskvalitet og lave behandlings- og transaktionsomkostninger. For det tredje præsenterer vi viden om, hvad der fremmer og hæmmer implementeringen af tværsektorielle økonomiske incitamenter.

### Sundhedsaktører og tredjepartsbetalere forklaret ved principal-agent-teorien

Sundhedsaktørers levering og planlægning af ydelser (f.eks. almen praksis eller hospital) bliver af økonomer ofte forklaret ved brug af PA-teorien (Moo-

ney og Ryan, 1993). Denne teori beskriver, hvordan en sundhedsaktør er agent og udfører handlinger for eller på vegne af en eller flere principaler. Principalerne er her f.eks. patienter og tredjepartsbetalere (f.eks. regionerne). Det antages typisk, at agenten har mere information end principalerne om behovet for og leveringen af ydelserne. Den ”perfekte agent” vil levere ydelserne, som principalerne ønsker, såfremt at principalerne besad den samme information og evne som agenten. Når agenten har samme målsætninger som sine principaler, vil den asymmetriske information ikke skabe styringsmæssige problemer. Men hvis agenten har andre målsætninger, kan informationsasymmetrien føre til såkaldte agentproblemer, hvor ydelserne ikke leveres, som principalerne ønsker.

Tredjepartsbetalerne kan forsøge at håndtere agentproblemerne ved at introducere incitament, som får agenterne til at dele deres målsætninger. Disse incitament kan være af økonomisk eller ikke-økonomisk karakter. Økonomiske incitament er altid til stede, da sundhedsaktører skal aflønnes for deres arbejde. Her er det vigtigt at holde sig for øje, at alle aflønningsformer har fordele og ulemper set fra betalernes perspektiv (Scott mfl., 2011; Eijkenaar mfl., 2013; Jia mfl., 2021). For eksempel vil en fast månedsløn eller basishonorering give betalerne budgetsikkerhed, men samtidig medføre en risiko for underudbyd af ydelser, da sundhedsaktørerne ikke har et direkte økonomisk incitament til at behandle patienterne. Aktivitetsbaseret aflønning vil derimod give et økonomisk incitament til at levere ydelser, men samtidig også medføre en øget risiko for, at der leveres for mange eller unødige ydelser samt budgetoverskridelser (Ellis og McGuire, 1986). Ikke-økonomiske incitament kan f.eks. være kliniske retningslinjer, feedbackrapporter og akkreditering, som kan introduceres for at appellere til sundhedsaktørernes ikke-økonomiske motivationer (f.eks. omdømme motivation og faglige interesser).

PA-teorien illustrerer også udfordringer med at skabe sammenhængende patientforløb, når flere sundhedsaktører indgår i planlægningen og leveringen af sundhedsydelser (Mason mfl., 2015). I sådanne tilfælde kompliceres håndteringen af agentproblemerne yderligere, da den enkelte sundhedsaktørs handlinger ikke kun påvirker patienterne og tredjepartsbetalerne, men også andre sundhedsaktører. Der er således en indbyrdes afhængighed mellem den behandling, der leveres af en sundhedsaktør og behovet for behandling fra en anden sundhedsaktør. Hvis, for eksempel, en alment praktiserende læge ikke foretager nødvendige kliniske undersøgelser af en patient, kan det øge risikoen for en hospitalsindlæggelse, der muligvis kunne have været undgået. Tilsvarende kan tidlig udskrivelse fra hospitalet påføre kommunen en opgave med ekstra pleje, som den i nogle tilfælde ikke er rustet til. Hvis incitamentsstrukturen ikke tager højde for indbyrdes afhængighed mellem aktørerne, kan de stå i vejen for, at sundhedsydelser leveres på den måde, der er fagligt og økonomisk mest hensigtsmæssig (Yordanov mfl., 2024). Der eksisterer adskillige eksempler på, at økonomiske incitament kan skabe problemer for samspillet mellem sundhedsaktører. Aflønning for specifikke ydelser giver således den enkelte sundhedsaktør incitament til at levere ydelserne, men ikke

til at overveje, om disse ydelser kunne leveres mere omkostningseffektivt af en anden, hvorved denne aflønningsform risikerer at føre til et øget ressourcetilforbrug i sundhedsvæsenet. Et andet eksempel er, hvis sundhedsaktørerne modtager en fast betaling for et behandlingsforløb. Det kan tilskynde til at minimere egen indsats for at begrænse egne omkostninger uden at tage i betragtning, hvordan dette påvirker behandlingsomkostningerne i andre dele af sundhedsvæsenet. Dette kaldes populært kassetænkning.

Et overordnet budskab fra PA-teorien er, at kombinationen af asymmetrisk information og forskellige målsætninger hos sundhedsvæsnets principaler og agenter kan føre til at sundhedsydelser leveres uhensigtsmæssigt. For at imødekomme dette er det vigtigt at have økonomiske incitamentsstrukturer, som tilskynder til fælles målsætninger og samarbejde.

Selvom der er god evidens for, at sundhedsaktører er økonomisk motiverede (Oxholm mfl., 2024; Yordanov mfl., 2023), skal tredjepartsbetalere også være opmærksomme på, at der eksisterer andre motivationsformer, som kan påvirkes af økonomiske incitament. Sundhedsaktører kan f.eks. være drevet af en indre motivation, dvs. en ren glæde for og interesse i at udføre selve arbejdet. Hvis incitamenterne opfattes som kontrollerende, kan de fortrænge aktørernes indre motivation og derved reducere deres arbejdsindsats (Frey og Jegen, 2001). Man kan i princippet forestille sig en situation, hvor aktører opfatter et snævert økonomisk incitament til at samarbejde som uønsket styring, hvilket stik imod hensigten får dem til at reducere deres samarbejdsindsats.

En anden form for ikke-økonomisk motivation, som i særlig grad karakteriserer sundhedsaktører, er altruisme, dvs. et ønske om at ”gøre det godt for andre” uden skelen til egen vinding. Denne altruisme kan være rettet mod den enkelte patient (kaldet brugerorientering), men også samfundet som helhed (kaldet public service motivation) (Perry og Wise, 1990). Der er evidens for, at altruisme er relateret til både aktørers behandlingsadfærd (Oxholm mfl., 2024; Jensen og Andersen, 2015) og også deres samarbejdsvillighed (Esteve mfl., 2015). Aktører, som er mere altruistiske, forventes således i højere grad at udvise samarbejdsvillighed for det fælles bedste. Man kan dog også forestille sig, at denne samarbejdsvillighed fortrænges af økonomiske incitament, hvis disse opfattes som kontrollerende. Sammenfattende bør tredjepartsbetalere derfor være særligt opmærksomme på, hvordan aktører opfatter økonomiske incitament for at sikre, at de har den ønskede virkning.

## **Internationale erfaringer med økonomiske incitament til at forbedre sammenhæng**

Flere lande har siden 1990'erne introduceret nye afregnings- og organiseringsformer for at styrke sammenhængen i leveringen af sundhedsydelser på tværs af sundhedsaktører, uden det dog er lykkedes at finde frem til en enkel opskrift på succes. I en nyligt udgivet forskningsoversigt identificeres fire typer af økonomiske incitament (betaling for koordinering, kvalitetsafregning, pakkebetaling og gevinstdeling), der er forsøgt anvendt til at forbedre sam-

menhæng på tværs af sundhedsvæsenet (Yordanov mfl., 2024). I det følgende præsenteres essensen af de fire incitamentstyper og derefter den foreliggende evidens for deres virkning på omkostningseffektivitet.

*Betaling for koordinering (engelsk: pay for coordination)* er den mest simple form for økonomisk incitament. Det indebærer, at sundhedsaktørerne modtager særskilt betaling for at varetage en koordinerende rolle i tillæg til eksisterende betaling for behandling. Det kunne for eksempel være en betaling, der gives for at tilskynde, at agenten tager sig tid til at koordinere en patients behandling med andre agenter i sundhedsvæsenet. Betalingen kan i princippet gives for hver gang opgaven udføres eller som en årlig fast betaling, som sundhedsaktørerne efterfølgende er ansvarlige for at udføre. Hvorvidt betalingen gøres betinget af udførelsen af en aktivitet, har forventeligt betydning for incitamentets styrke.

*Kvalitetsafregning (engelsk: pay for performance)* er en måde at tilskynde sundhedsaktører til at levere bedre behandlingskvalitet enten som betaling for strukturer, aktiviteter (processer) eller resultater. Som tilskyndelse til at levere bedre sammenhæng skal de aktiviteter eller resultater, der belønnes, have en tydelig relation til sammenhæng. For eksempel kan der gives belønning for sundhedsaktørernes opfølgning af patienter udskrevet fra sygehuset (aktivitet) eller som belønning, hvis forebyggelige indlæggelser reduceres (resultater).

*Pakkebetaling (engelsk: bundled payments)* er, som navnet antyder, en samlet betaling for flere ydelser med det formål at tilskynde til mindre fragmenterede behandlingsforløb. I Holland er der f.eks. pakkebetalingsordninger for behandling af patienter med visse kroniske sygdomme, hvor grupper af praktiserende læger tager klinisk og økonomisk ansvar for patientgruppen. I stedet for at betale for enkeltstående aktiviteter, f.eks. antal besøg hos lægen, hos fodterapeuten, blodprøvetagning m.v., gives lægerne i stedet en fast betaling for ydelser relateret til alle behandlinger af den specifikke kroniske sygdom i en fastlagt tidsperiode uanset deres faktiske forbrug af enkeltydelser på tværs af primærsektoren.

*Gevinstdeling (engelsk: shared savings)* er en afregningsordning, hvor en eller flere sundhedsaktører har ansvar for en populations samlede forbrug af sundhedsydelser på tværs af sektorer. Et centralt første trin er, at en tredjepartsbetaler fastsætter det forventede budget for populationens totale forbrug af sundhedsydelser. Hvis behandlingen kan leveres til lavere omkostninger end forventet, beholder sundhedsaktørerne en del af denne besparelse, såfremt besparelsen er større end en forudbestemt minimumsgrænse, som skal sikre at tilfældige udsving i forbruget ikke belønnes eller straffes. Gevinstdeling tilskynder således til at dække befolkningens behov i overensstemmelse med LEON-princippet for den samlede behandling på tværs af sundhedsaktører. I såkaldte to-sidede gevinstdelingskontrakter skal sundhedsaktørerne dække eventuelle omkostningerne, hvis de samlede behandlingsomkostninger er hø-

jere end forventet. Fælles for både pakkebetaling og gevinstdeling er, at de kan tilskynde til at reducere behandlingsomkostninger, og derfor peger teorien og praksiserfaringerne på vigtigheden af kvalitetsovervågning eller indførelse af direkte økonomiske incitamentter til at sikre kvaliteten, så denne ikke nedprioriteres i bestræbelser på at reducere omkostninger.

I vores litteraturgennemgang fandt vi kun få studier, som i stærke forskningsdesign (lodtrækningsstudier og difference-in-differences studier) undersøgte virkningen af de fire incitamentstyper. Disse studier inkluderede forskellige typer af outcomes, som dækkede både omkostninger og behandlingskvalitet (f.eks. mortalitet, genindlæggelser mv.). Baseret på den foreliggende viden kan der sammenfattende drages tre konklusioner: 1) Der er få studier af virkningen af både betaling for koordinering og kvalitetsafregning for bedre sammenhæng. Fra den bredere litteratur om kvalitetsafregning i sundhedsvæsenet ved vi dog, at måden, kvalitetsafregning udformes og implementeres på, kan have betydning for virkningen af afregningsformen (Eijkenaar mfl., 2013), og at kvalitetsafregning ofte i praksis ikke virker efter hensigten (Jia mfl., 2021). 2) Erfaringerne med pakkebetaling i Holland er blandede. Tidlige studier så lovende ud, men et longitudinelt studie, der ser på omkostningseffekter over en længere årrække, fandt højere omkostninger ved behandling af patienter, der blev afregnet ved pakkebetaling, især uden for primærsektoren, mens effekten på behandlingskvaliteten er ukendt. Fra USA findes eksempler på at pakkebetalinger, hvor sygehuset gøres ansvarligt for behandling, efter patienten er udskrevet, kan reducere de samlede behandlingsomkostninger. 3) Der findes en del evalueringer af gevinstdeling, der muliggør tolkning om årsag og virkning, fra både det offentlige Medicare og private sundhedsforsikringselskaber i USA. Disse amerikanske evalueringer viser, at gevinstdeling i samspil med kvalitetsafregning kan dæmpe sundhedsudgifterne og samtidigt opretholde behandlingskvaliteten. Fra Holland er der et nyligt udgivet studie, der tyder på en reduktion i de samlede behandlingsomkostninger på tværs af sektorer. I denne gevinstdelingsmodel var den alene rettet mod almen praksis for her at give incitament til en forebyggende indsats (Hayen mfl., 2021).

Selvom det er sparsomt med stærk evidens for effekten af tværsektorielle økonomiske incitamentter, peger den foreliggende viden på, at visse typer af økonomiske incitamentter har potentiale til at forbedre sammenhæng i patientforløb. Der foreligger stærkest evidens (vurderet på antal studier og evalueringdesign) for potentialet ved gevinstdeling, men andre økonomiske incitamentter har også vist positive tendenser. Dette betyder dog ikke nødvendigvis, at dette potentiale uden videre kan realiseres i det danske sundhedsvæsen, hvis opbygning og finansiering i høj grad afviger fra både det amerikanske og hollandske sundhedsvæsen. Vi forsøger derfor i det følgende at illustrere, hvordan incitamentstyperne kunne finde anvendelse i en dansk kontekst.

## Overvejelser om brugen af økonomiske incitamenter til at styrke sammenhæng i det danske sundhedsvæsen

Med afsæt i viden om økonomiske incitamenter til at understøtte tværsektoriel sammenhæng, og behovet for at skabe bedre sammenhæng på tværs af sektorer i Danmark, diskuterer vi i det følgende, hvordan sådanne økonomiske incitamenter vil kunne bringes i spil i en dansk kontekst. Til det formål er det afgørende, at det økonomiske incitament motiverer agenterne (sundhedsaktørerne) til at indfri principalens (tredjepartsbetalers) målsætninger. I tabel 1 listes tre overordnede målsætninger, som optager en tredjepartsbetaler (som f.eks. regioner og kommuner): høj behandlingskvalitet, lave behandlings- og transaktionsomkostninger samt lave risici for tredjepartsbetaler. Flere af målsætningerne gælder både adfærd for den enkelte sundhedsaktør og på tværs af sundhedsaktører. Denne tilføjelse er vigtig grundet det danske sundhedsvæsens grundlæggende organisering, hvor flere aktører bidrager til behandlingen, uden at én enkelt aktør har det tværgående ansvar. En enkelt incitamentstype kan næppe opfylde alle målsætninger på en gang, men tabellen illustrerer, hvilke hensyn en tredjepartsbetaler må afveje ved indførelse af økonomiske incitamenter, og som derfor også bør ses i forhold til de tilskyndelser, de eksisterende afregningsformer giver.

Som det senest er dokumenteret af Sundhedsstrukturkommissionen (2024b), er et hovedproblem med de eksisterende økonomiske incitamenter i det danske sundhedsvæsen, at de kan give anledning til silotænkning, hvilket kan forhindre et vellykket behandlingsforløb, da et sådant typisk er et produkt af sundhedsaktørernes fælles handlinger. Nogle sundhedsaktører er således i udgangspunktet økonomisk tilskyndet til enten at øge eget aktivitetsniveau (f.eks. pga. ydeshonorering) eller reducere eget aktivitetsniveau (f.eks. pga. rammebudgetter) uden at tage hensyn til, hvordan denne adfærd påvirker det samlede patientforløb og ressourceforbruget i den øvrige dele af sundhedsvæsenet. Det kan betyde, at samfundet går glip af effektiviseringspotentialer, herunder øget brug af behandling i patientens eget hjem, forebyggelse af unødige indlæggelser eller bedre koordinerede forløb, til dels på grund af den måde, sundhedsvæsenets ydelser afregnes på. Styrken af disse økonomiske tilskyndelser afhænger af sammenhængen mellem den enkelte sundhedsaktørs handlinger og indtjening. For eksempel har privat praktiserende læger et stærkt økonomisk incitament til at levere ydelser, da de derved genererer egen indtjening. Personalet på sygehuse, som opererer med et rammebudget, har derimod et svagere økonomisk incitament, da deres personlige indtjening ikke direkte påvirkes af deres aktivitet.

➤➤ Som det senest er dokumenteret af Sundhedsstrukturkommissionen (2024b), er et hovedproblem med de eksisterende økonomiske incitamenter i det danske sundhedsvæsen, at de kan give anledning til silotænkning, hvilket kan forhindre et vellykket behandlingsforløb

For dels at illustrere nuværende uhensigtsmæssige økonomiske incitamenter og dels belyse, hvordan økonomiske incitamenter potentielt vil kunne bruges til at skabe bedre sammenhæng på tværs af sundhedsaktører, illustrerer vi i det følgende med to eksempler fra et baggrundsnotat til Sundhedsstrukturkommissionens rapport (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2024a), som gennemgik potentialet i en række konkrete omstillingstiltag relateret til bedre sammenhæng.

Eksempel 1: ”Bedre integrerede behandlingsforløb” er et tiltag, som potentielt kan skabe bedre sammenhæng på tværs af sektorer. Inspirationen bygger blandt andet på den svenske ”Hälsostaden”, hvor kommunale sundheds- og plejeindsatser samt sygehus og almen praksis er organiseret sammen, og hvor almen praksis er givet større ansvar for koordinering af forløb samt lægedækning i weekender og om aftenen (som aflastning af akutmodtagelser og ambulatorier). I analysen blev dette tiltag opgjort til at have en forventet årlig nettogevinst på 700-1.400 millioner kroner. Estimatet byggede på en forventning om, at bedre integrerede forløb kunne reducere indlæggelser og akutte ophold på sygehuset med 5-10 pct. blandt ældre over 65 år (BCG i Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2024a).

Eksempel 2: Hjemmeindlæggelser beskrives som et tiltag til at skabe bedre sammenhængen på tværs af primær- og sekundærsektoren. Her tænkes for eksempel på intravenøs (IV) behandling med antibiotika, hvor patienter, som ellers ville have optaget en sygehusseng, ”indlægges” hjemme med videokonsultationer og selv- og fjernmonitorering. eHospitalet i Region Sjælland er et eksempel herpå. I rapporten vurderes hjemmeindlæggelser at have et betydeligt gevinstpotentiale med en forventet årlig nettogevinst på 300-800 millioner kroner. I beregningen forudsættes det, at 10-18 pct. af alle indlæggelser kan konverteres til hjemmeindlæggelser, og at der ved en hjemmeindlæggelse spares 10-15 pct. i sammenligning med en almindelig sygehusindlæggelse (BCG i Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2024a).

Uagtet at de konkrete potentialeberegninger bygger på en række forudsætninger, der nok kan diskuteres, er de gode eksempler på områder, hvor det ofte fremføres, at den eksisterende organisering af det danske sundhedsvæsen står i vejen for en mere sammenhængende indsats. De to eksempler har det til fælles, at manglende internalisering af tværsektorielle gevinster i nogle tilfælde medfører et unødigt højt ressourceforbrug og ulemper for patienten sammenlignet med en situation, hvor indsatsen på tværs af sektorer var bedre koordineret. Et bedre design af økonomiske incitamenter skal således understøtte – eller i det mindste ikke stå i vejen for – at behandlingen bliver leveret i overensstemmelse med tredjepartsbetalerens målsætninger (jf. tabel 1).

I beregningen af potentielle samfundsøkonomiske gevinster i ovenstående eksempler inddrages ikke de økonomiske incitamenter til at skabe bedre sammenhæng, vi gennemgik i forrige afsnit, og som potentielt kan skabe yderligere gevinster. Hvordan incitamentstyperne kan anvendes til at understøtte



koordineret og omkostningseffektiv behandling af høj kvalitet, afhænger af, hvor barriererne for en mere sammenhængende indsats findes.

Hvis man, som i eksempel 1, ønsker at give almen praksis en mere koordinerende rolle, kunne en åbenbar løsning være at betale selvstændigt for koordineringsindsatsen, som var den første og simpleste incitamentstype, vi beskrev ovenfor. Dette ville fokusere på, at få den praktiserende læge til at påtage sig rollen som forløbskoordinator, f.eks. ved at betale for interaktioner med andre aktører, der har til hensigt at skabe bedre sammenhæng.

Et alternativ er kvalitetsbetaling. Vi har tidligere (Yordanov mfl., 2024) identificeret et internationalt eksempel på kvalitetsafregning designet til at tilskynde praktiserende læger til at sikre bedre sammenhæng ved at forsøge at reducere akutte sygehusindlæggelser. Denne afregningsmodel indeholdt både en proces- og en resultatindikator relateret til akutte indlæggelser. Med procesindikatoren belønnedes almen praksis for, i hvor høj grad de gennemførte en opfølgingskonsultation, inden for 30 dage efter en patient var udskrevet fra sygehuset. Sideløbende belønnede resultatindikatoren en lavere andel af indlæggelser og indlæggelsesdage per almen praksis i forhold til et lokalt sat benchmark (Claffey mfl., 2012). Denne form for resultataflønning kan således potentielt opfylde betalers målsætninger om at sikre en bedre behandlingskvalitet på tværs af sundhedsaktører og lavere behandlingsomkostninger (under antagelse af at kvalitetsaflønningen i almen praksis ikke overstiger besparelserne i sygehusvæsenet). Tredjepartsbetalers målsætning om at reducere risici kan dog udfordres, fordi det ved denne afregningsform, for det første, er svært at forudse, hvordan sundhedsaktørerne præsterer, hvilket skaber budgetusikkerhed for betaleren i de situationer, hvor der ikke sættes et afregningsloft, hvilket igen kan virke demotiverende for sundhedsaktøren. For det andet kan tredjepartsbetaler opleve modstand fra sundhedsaktørerne, da deres aflønning afhænger af patienters kompliance og helbredsforhold. Denne afhængighed kan til en vis grad imødegås ved at risikojustere præstationskravene ud fra patientkarakteristika (Oxholm mfl., 2021).

I eksempel 2 om hjemmeindlæggelser, hvor den ønskede aktivitet er kendt, er en oplagt løsning, at der aftales en ydeshonoreringstakst, som sikrer, at den udførende part kompenseres for omkostninger forbundet med hjemmeindlæggelse, f.eks. besøg af hjemmesygeplejerske. Hvis man derimod i højere grad anskuer problemstillingen som en fælles opgave, er en alternativ løsning at give sundhedsaktørerne en fælles økonomisk interesse i at løse opgaven på det laveste effektive omkostningsniveau, hvilket en tredjepartsbetaler kan tilskynde til via en gevinstdelingsordning med tilknyttede kvalitetskrav. Her ville betaleren først lægge et forventet budget for en patientpopulation samt beslutte en minimumsbesparelse, som sundhedsaktørerne skal opnå, før de får del i besparelsen. Hvis de herefter i fællesskab organiserer og leverer behandlingen mere omkostningseffektivt og lever op til specifikke kvalitetsmål, kan aktørerne beholde en andel af gevinsten. Det er klart, at transaktionsomkostningerne (fremhævet i tabel 1) ved gevinstdelingsmodellen vil være højere

end ved en simpel takst til at tilskynde en bestemt aktivitet. Omvendt er en stor fordel ved gevinstdeling, at tredjepartsbetaleren ikke på forhånd fastsætter, hvilke specifikke aktiviteter der skal sættes i værk, men derimod overlader opgaven med at identificere effektiviseringspotentialer til sundhedsaktørerne, som forventeligt har størst indsigt i, hvordan kvaliteten kan forberedes, og besparelser kan opnås. Med denne begrundelse in mente kunne gevinstdeling derfor også være relevant som tilskyndelse i eksempel 1. En udfordring ved gevinstdeling er, at det kan være vanskeligt at opnå enighed mellem sundhedsaktører og tredjepartsbetaler om det forventede budget samt kvalitetskrav. Her kan risikjustering i forhold til patientkarakteristika også spille en vigtig rolle. Endelig kan det være en udfordring, hvordan man på tilstrækkelig vis målpfølger (stiller kvalitetskrav) og tilskynder til indsatser, der først fører til besparelser i fremtiden (f.eks. forebyggelse af langtidskomplikationer af kronisk sygdom).

Tabel 1: Tredjepartsbetalers målsætninger som et økonomisk incitament skal understøtte

Tredjepartsbetalers målsætninger
<b>Høj behandlingskvalitet</b>
Understøtte klinisk kvalitet hos den enkelte sundhedsaktør og på tværs af aktører
Understøtte patientoplevels kvalitet hos den enkelte sundhedsaktør og på tværs af aktører
<b>Lave behandlingsomkostninger</b>
Reducere kortsigtede behandlingsomkostninger hos den enkelte sundhedsaktør og på tværs af aktører
Reducere langsigtede behandlingsomkostninger hos den enkelte sundhedsaktør og på tværs af aktører
<b>Lave transaktionsomkostninger</b>
Få registreringskrav for sundhedsaktøren
Høj gennemskuelse ved afregning for sundhedsaktøren
Lave driftsomkostninger for tredjepartsbetaler
Lav risiko for at sundhedsaktøren gamer
<b>Lave risici</b>
Budgetsikkerhed for tredjepartsbetaler
Opfylder deltagelsesbetingelser (buy-in fra sundhedsaktørerne)

## Implementeringsovervejelser, når økonomiske incitamenter skal virke på tværs i praksis

Én nøglelæring fra litteraturgennemgangen er, at vellykket implementering af tværsektorielle økonomiske incitamenter typisk forudsætter understøttende infrastruktur, herunder IT-udstyr og -systemer, kommunikationskanaler, informationsdeling, organisatoriske forandringer (f.eks. arbejdsgange), træning og kliniske og administrative retningslinjer (Yordanov mfl., 2024). For eksempel vil et fælles elektronisk patientjournalssystem på tværs af aktører kunne

hjælpe udbydere med at overvåge aktiviteter og resultater, ligesom det muliggør at dele data inden for og på tværs af udbydere. En sådan infrastruktur kan også have positive virkninger på sammenhængen på tværs af sundhedsaktører uafhængigt af det økonomiske incitament (Lindenauer mfl., 2007). Ifølge litteraturen tyder det på, at kravene til understøttende infrastruktur afhænger af incitamentstypen. For eksempel vil det typisk kræve mere implementeringsarbejde af et sundhedssystem at indføre gevinstdeling på tværs af sundhedsaktører end betaling for koordinering af en enkelt aktør.

Andre læringspointer fra vores litteraturgennemgang om økonomiske incitamenter er, at det tager tid, før effektiviteten af de tværsektorielle økonomiske incitamenter indfinder sig. Derfor er tidlige ugunstige resultater muligvis ikke repræsentative for incitamentets potentiale, hvilket taler for, at der foretages langsigtede evalueringer for at kunne vurdere virkningen af incitamenterne. Fra en undersøgelse af gevinstdeling i USA fandt forskerne også, at de bedste resultater blev opnået hos de aktører, som byggede på et samarbejde, fra før incitamentet blev implementeret (D'Aunno mfl., 2018). I en dansk kontekst skal det med hensyn til overførbareheden af fundene fra den eksisterende litteratur ligeledes overvejes, om sundhedsaktørerne (f.eks. hospitaler, almen praksis og kommuner) reagerer på samme vis på de tværsektorielle økonomiske incitamenter, alt efter om de er for-profit eller non-profit. En yderligere overvejelse er, at et tværsektorielt økonomisk incitament skal virke i et dansk sundhedsvæsen, som er kendetegnet ved organisatorisk kompleksitet. Det danske sundhedsvæsen spænder således over både private og offentlige aktører, der varierer i størrelse – fra enkeltmandsvirksomheder til organisationer med flere tusinde ansatte – og som varetager smalle og brede opgaveporteføljer.

En sidste vigtig læring fra litteraturen, som vi ønsker at fremhæve, er, at et tværsektorielt økonomisk incitament skal være let at forstå og implementere for, at sundhedsaktørerne responderer som intenderet. Dette betyder, at en effektiv kommunikationsstrategi bør være på plads og dække perioden, fra før implementeringen påbegyndes, og fortsætte herefter. Selve opgaven med at designe et økonomisk incitament kan med fordel tage udgangspunkt i eksisterende beslutningsrammer, som skitserer overordnede udviklingstrin om bl.a., hvilke mål tredjepartsbetaleren har med incitamentet, og hvordan det kan måles i praksis (se f.eks. Custers mfl., 2008; Van Herck mfl., 2011).

### **Økonomiske incitamenter i relation til tredjepartsbetalers målsætninger og organisatorisk integration**

Betaling for koordinering, kvalitetsafregning, pakkebetaling og gevinstdeling har alle i varierende grad vist positive takter med hensyn til at understøtte tredjepartsbetalers (principalers) målsætninger om at sikre en høj behandlingskvalitet og lave behandlings- og transaktionsomkostninger. Gevinstdeling virker umiddelbart lovende, da de positive takter er baseret på det største antal evalueringer, der kan tolkes kausalt. Det skal her nævnes, at den eksisterende evidens for samtlige incitamentstyper er begrænset både i omfang

og evalueringsdesign (dvs. om det giver mulighed for at drage slutninger om årsag og virkning) og ventes også i nogen grad at være kontekstafhængig. Ved brug af disse incitament er det derfor vigtigt løbende at evaluere deres virkning i relation til tredjepartsbetalers målsætninger. Da evidensen er beskedent, ville det være ideelt at gennemføre forsøg med stærke evalueringsdesign (f.eks. lodtrækningsstudier eller difference-in-differences designs) inden national implementering.

I denne artikel giver vi en række overvejelser i forhold til at skabe økonomiske incitament, som understøtter sammenhæng på tværs af sundhedsaktører i det danske sundhedsvæsen. Sammenfattende er hovedproblemet med de eksisterende økonomiske incitament i det danske sundhedsvæsen, at de giver anledning til silotænkning blandt de enkelte sundhedsaktører. Sundhedsaktørerne er således ikke økonomisk tilskyndet til at tænke på, hvordan deres adfærd påvirker det samlede patientforløb og konsekvenserne for øvrige dele af sundhedsvæsenet. Vi argumenterer for, at de i litteraturen identificerede tværsektorielle økonomiske incitament kan bidrage til at adressere silotænkning. Valg af incitamentstype afhænger dog af, hvilket sammenhængsproblem som søges løst. Det er også tydeligt, at incitamentstyperne ikke nødvendigvis kan opfylde alle tredjepartsbetalerens målsætninger. Særligt skal tredjepartsbetaleren være opmærksom på risici i forhold til sundhedsaktørernes opbakning til incitamenterne og herunder også medarbejdertrivsel, som er afgørende for at kunne tiltrække og fastholde sundhedspersonale i fremtiden og dermed sikre en høj behandlingskvalitet. Adgang til data og IT-infrastruktur er tilsvarende vigtig for at understøtte, at økonomiske incitament kan virke inden for og på tværs af sundhedsaktører.

Det er vigtigt i forbindelse med opfyldelse af en tredjepartsbetalerens målsætninger at nævne, at sundhedsaktører også er drevet af andet end økonomisk motivation, herunder bl.a. interesse i sit fagfælleomdømme, at forfølge faglige interesser og at gøre det godt for den enkelte patient eller samfundet som helhed (Yordanov mfl., 2023; Olivella og Siciliani, 2017). Betydningen af forskellige motivationer for den måde, sundhedsydelser leveres på, bekræftes i ny forskning baseret på danske praktiserende læger, som blandt andet viser, at læger, som udtrykker mere motivation for at gøre det godt for samfundet, i højere grad udskriver medicin i overensstemmelse med de kliniske retningslinjer (Oxholm mfl., 2024; Jensen og Andersen, 2015). Introduktion af andre ikke-økonomiske incitament (f.eks. kliniske retningslinjer) kan potentielt også være virksomt i forhold til at understøtte bedre sammenhæng på tværs af sundhedsaktører, men der er behov for mere evidens.

Til sidst er det vigtigt at fremhæve, at en løsning på sammenhængsproblemer også kan være af organisatorisk karakter. Regeringens reformudspil indeholdende forslag om oprettelsen af 17 sundhedsråd repræsenterer det seneste sundhedspolitiske forslag til en brobyggende forvaltningsmodel, som skal give organisatorisk, politisk og ledelsesmæssige integration. Integration i en fælles organisatorisk enhed kan understøtte fælles målsætninger og fælles

ledelse, som modvirker sundhedsaktørernes kassetænkning. Vi anfører her, at tættere integration ikke nødvendigvis løser alle sammenhængsproblemer alene, da der inden for en organisation også kan opstå interne koordinationsproblemer (Machta mfl., 2019; Mason mfl., 2015). Et eksempel kunne være et hospital, hvor nogle afdelinger søger at forbedre deres egne økonomiske nøgletal, f.eks. ved at frasige sig specifikke indsatser, på bekostning af andre afdelingers nøgletal, som er nødsaget til at gennemføre indsatserne. Økonomiske incitamenter kan da være et relevant supplement eller alternativ til organisatorisk integration, og vi mener derfor fortsat, det er vigtigt også at overveje og gerne evaluere økonomiske incitamenter, som ikke kræver organisatorisk integration, men som kan fremme bedre sammenhæng i det danske sundhedsvæsen.

## Taksigelse

Tak til Novo Nordisk Fonden (NNF22OC0077474) for bevillingen til projekt INCIDIA: Incitamenter og sammenhængende type 2 diabetesforløb

## Referencer

- Baxter, S., M. Johnson, D. Chambers, A. Sutton, E. Goyder og A. Booth (2018), "The effects of integrated care: a systematic review of UK and international evidence", *BMC Health Serv Res*, 18, 350.
- Bech, M. og J. Kjellberg (2022), "Økonomiske incitamenter er afgørende for succes", *Tidskrift for Dansk Sundhedsvæsen*, 98, 1-13.
- Claffey, T. F., J. V. Agostini, E. N. Collet, L. Reisman og R. Krakauer (2012), "Payer-provider collaboration in accountable care reduced use and improved quality in Maine Medicare Advantage plan", *Health Aff (Millwood)*, 31, 2074-83.
- Custers, T., J. Hurley, N. S. Klazinga og A. D. Brown (2008), "Selecting effective incentive structures in health care: A decision framework to support health care purchasers in finding the right incentives to drive performance", *BMC Health Serv Res*, 8, 66.
- D'anno, T., L. Broffman, M. Sparer og S. R. Kumar (2018), "Factors That Distinguish High-Performing Accountable Care Organizations in the Medicare Shared Savings Program", *Health Serv Res*, 53, 120-37.
- Eijkenaar, F., M. Emmert, M. Scheppach og O. Schöffski (2013), "Effects of pay for performance in health care: a systematic review of systematic reviews", *Health Policy*, 110, 115-30.
- Ellis, R. P. og T. G. McGuire (1986), "Provider behavior under prospective reimbursement: Cost sharing and supply", *Journal of Health Economics*, 5, 129-51.
- Esteve, M., A. Van Witteloostuijn og G. Boyne (2015), "The effects of public service motivation on collaborative behavior: Evidence from three experimental games", *International Public Management Journal*, 18, 171-89.
- Frey, B. S. og R. Jegen (2001), "Motivation crowding theory", *Journal of Economic Surveys*, 15, 589-611.
- Hayen, A., M. J. Van Den Berg, J. N. Struijs og G. P. Westert (2021), "Dutch shared savings program targeted at primary care: Reduced expenditures in its first year", *Health Policy*, 125, 489-94.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2024a), "Sundhedsstrukturkommissionens bilagsrapport: Analyser og ekspertbidrag", København.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2024b), "Sundhedsstrukturkommissionens rapport: Beslutningsgrundlag for et mere lige, sammenhængende og bæredygtigt sundhedsvæsen", København.
- Indenrigsministeriet (1985), "Samordning i sundhedsvæsenet: Betænkning fra det af Indenrigsministeren nedsatte Samordningsudvalg for sundhedsvæsenet".
- Jensen, U. T. og L. B. Andersen (2015), "Public service motivation, user orientation, and prescription behaviour: Doing good for society or for the individual user?", *Public Administration*, 93, 753-68.
- Jia, L., Q. Meng, A. Scott, B. Yuan og L. Zhang (2021), "Payment methods for healthcare providers working in outpatient healthcare settings", *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Lindenauer, P. K., D. Remus, S. Roman, M. B. Rothberg, E.M. Benjamin, A. Ma, A. og D. W. Bratzler (2007), "Public reporting and pay for performance in hospital quality improvement", *N Engl J Med*, 356, 486-96.
- Machta, R. M., K. A. Maurer, D. J. Jones, M. F. Furukawa og E. C. Rich (2019), "A systematic review of vertical integration and quality of care, efficiency, and patient-centered outcomes", *Health Care Manage Rev*, 44, 159-73.

- Mason, A., M. Goddard, H. Weatherly og M. Chalkley (2015), "Integrating funds for health and social care: an evidence review", *J Health Serv Res Policy*, 20, 177-88.
- Mooney, G. og M. Ryan (1993), "Agency in health care: getting beyond first principles", *Journal of Health Economics*, 12, 125-35.
- Olivella, P. og L. Siciliani (2017), "Reputational concerns with altruistic providers", *Journal of Health Economics*, 55, 1-13.
- Oxholm, A. S., S. Di Guida og D. Gyrd-Hansen (2021), "Allocation of health care under pay for performance: Winners and losers", *Social Science & Medicine*, 278, 113939.
- Oxholm, A. S., D. Gyrd-Hansen, C. B. Jacobsen, U. T. Jensen og L. B. Pedersen (2024), "The link between physician motivation and care", *European Journal of Health Economics*, 25, 525-37.
- Perry, J. L. og L. R. Wise (1990), "The motivational bases of public service", *Public Administration Review*, 367-73.
- Prior, A., C. H. Vestergaard, P. Vedsted, S. M. Smith, L. F. Virgilsen, L. A. Rasmussen og M. Fenger-Gron (2023), "Healthcare fragmentation, multimorbidity, potentially inappropriate medication, and mortality: a Danish nationwide cohort study", *BMC Med*, 21, 305.
- Regeringen (2024), "Sundhed tæt på dig", del 1, København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.
- Regeringen, Danske Regioner og KI (2021), "Aftale om sammenhæng og nærhed" (sundhedsklynger).
- Scott, A., P. Sivey, D. A. Ouakrim, L. Willenberg, L. Naccarella, J. Furler, og D. Young (2011), "The effect of financial incentives on the quality of health care provided by primary care physicians", *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Sundheds- og Ældreministeriet (2018), "Sundheds- og Ældreøkonomisk Analyse. Kontaktmønstre på tværs af sektorer blandt befolkningen, kronikere og ældre medicinske patienter".
- Van Herck, P., L. Annemans, D. De Smedt, R. Remmen og W. Sermeus (2011), "Pay-for-performance step-by-step: introduction to the MIMIQ model", *Health Policy*, 102, 8-17.
- Yordanov, D., A. S. Oxholm, D. Gyrd-Hansen og L. B. Pedersen (2023), "Mapping GPs' motivation: it's not all about the money; a nationwide cross-sectional survey study from Denmark", *British Journal of General Practice*, 73, e687-e693.
- Yordanov, D., A. S. Oxholm, T. Prætorius og S.R. Kristensen (2024), "Financial incentives for integrated care: A scoping review and lessons for evidence-based design", *Health Policy*, 141.

# Civilsamfundets bidrag til øget social lighed i sundhed

Den ustyrlige sundhed

*Formålet med denne artikel er at undersøge, om og hvordan forskellige former for frivillighed og civilsamfundsorganisationer kan bidrage til at øge social lighed i mødet med sundhedsvæsenet. Artiklen udvikler en model med fire typer civilsamfundsbidrag og frivillighed: Polyfilla, C-tilbud, pårønderarbejde og Kinderægget, som også indbefatter individuelle, distribuerede og organisatoriske sundhedskompetencer. Modellen nuancerer diskusio-*

*nerne om, hvorvidt civilsamfundet og frivillige indsatser fastholder eller forandrer sundhedsvæsenets måder at fungere på, og hvor adskilte fra eller integrerede i sundhedsvæsenets samlede tilbud de er. De fire typer frivillighed påvirker på forskellige måder den sociale ulighed i mødet med sundhedsvæsenet, hvor Kinderægget er det mest komplette bud på at øge ligheden i sundhed både kort og lang sigt.*

Formålet med denne artikel er at undersøge, om og hvordan forskellige former for frivillighed og civilsamfundsorganisationer kan bidrage til at øge social lighed i mødet med sundhedsvæsenet. Baggrunden for denne interesse er, at ikke alene stiger uligheden i sundhed i Danmark, men den sociale ulighed i mødet med sundhedsvæsenet stiger også, trods sundhedslovens formålsparagraf om lige og let adgang for alle (Kjeld m.fl., 2022). Der er altså et problem, som kalder på forandring. Sundhedsvæsenet står, jf. Robusthedskommissionen (2023), i forvejen overfor store forandringer qua en ændret befolknings sammensætning og sundhedstilstand samt væsentligt øgede behandlingsmuligheder samtidigt med begrænsede menneskelige og økonomiske ressourcer.

I lyset af dette forandringsimperativ adresserer artiklen, hvorvidt civilsamfundsorganisationer kan og skal bidrage til forandring og komplementere den offentlige sektor med noget nyt og anderledes at tilbyde mennesker i deres møde med sundhedsvæsenet, eller om de i højere grad er systembevarende og tilbyder ”mere af det samme”.

Det nuværende sundhedsvæsen er velfungerende for de anslåede 80 pct. af befolkningen med de højeste niveauer af sundhedskompetencer (Aaby m.fl., 2022), hvorimod det ofte er frivillige, civilsamfundsorganisationer og den sociale sektor, som er gode til at tage sig af de 20 pct. af befolkningen med de laveste niveauer af sundhedskompetence. Sundhedsstyrelsen (ibid.) definerer sundhedskompetence som: “en kombination af de personlige kompetencer og ressourcer i omgivelserne, der bestemmer mennesker mulighed for at finde, forstå, vurdere og bruge information til at tage beslutninger om sundhed” og organisatorisk sundhedskompetence som: “den måde sundhedstilbud, organisationer og systemer gør information og ressourcer tilgængelige for mennesker med forskellige sundhedskompetencer.” Edwards m.fl. (2015) definerer

**KAREN INGERSLEV**

Forsknings- og udviklingschef,  
Social Sundhed,  
ki@socialsundhed.org

**KRISTINA LOUISE BLIKSTED**

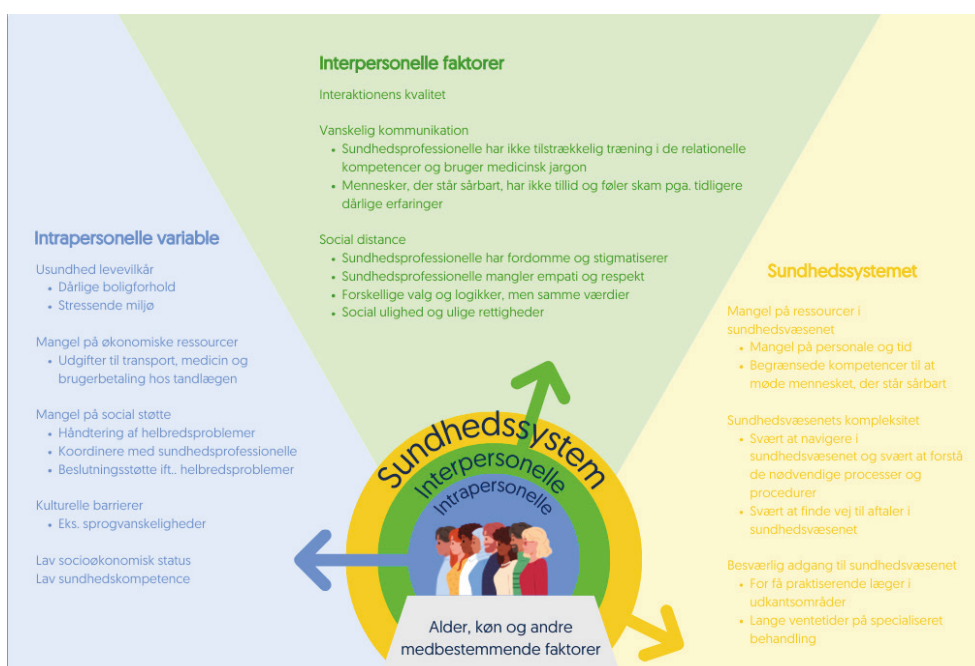
Direktør, Social Sundhed,  
klb@socialsundhed.org

distribueret sundhedskompetence som “betydningen af samspillet mellem individer, familie og sociale fællesskabers betydning for den enkeltes evne til at opsøge, forstå og vurdere sundhedsinformation”.

Den enkelte skal besidde stærke sundhedskompetencer for at få adgang til og udbytte af sundhedsvæsenets tilbud. Chancerne for et godt udbytte øges af adgang til ressourcer i omgivelserne, f.eks. pårørende, der kan hjælpe med at finde vej og at fastholde information fra konsultationer, hvor man måske er følelsesmæssigt ude af balance og derfor kan have sværere ved at forstå og huske, hvad der bliver sagt. Valentin m.fl. (2023) har gennemført en systematisk litteraturgennemgang for at identificere barrierer ift. at få adgang til sundhed for mennesker i sårbare positioner. De finder barrierer og behov for interventioner på flere niveauer (figur 1).

- På det individuelle niveau (blåt felt) er barrierer for adgang til sundhed f.eks. kulturelle og sproglige, usunde leveforhold, en lav grad af sundhedskompetence, socioøkonomisk status samt social støtte.
- På det sociale niveau (grønt felt) er barrierer f.eks. kommunikationsvanskeligheder som følge af utilstrækkelige kompetencer hos personalet, lav tillid til personalet som følge af tidligere dårlige erfaringer samt social distance som følge af personalets fordomme og lave grad af empati og respekt for mennesker i sårbare positioner.
- På det systemiske niveau (gult felt) er barrierer mangel på ressourcer (personale og tid), høj kompleksitet, som kan gøre det svært at navigere, og at det er svært at få adgang til og profitere af specialiseret behandling for mennesker i sårbare positioner.

Figur 1: Socioøkologisk model af barrierer for adgang til sundhed (dansk udgave)





I lyset af denne alvorlige situation, analyserer artiklen forskellige civilsamfundsorganisationer i forhold til, om de opfattes og fungerer som adskilte fra eller integrerede dele af et samlet sundhedsvæsen, som skal tilbyde lige og let adgang for alle. Artiklen udvikler en model med fire typer af frivillighed og civilsamfundsorganisationer,<sup>1</sup> med fokus på dimensionerne: graden af forandringspotentiale, integration/adskilthed og sundhedskompetencer. Modellen skal bidrage til at svare på spørgsmålet om, hvorvidt og hvordan civilsamfund og frivillighed kan øge den sociale lighed i mødet med sundhedsvæsenet.

## Frivillighedens historiske rolle i bekæmpelse af ulighed i mødet med sundhedsvæsenet

Mennesker har altid organiseret sig for at hjælpe de svageste, om det er ældre, børn eller syge (Harari, 2011). Organisering af hjælp ifm. sygdom og behandling var historisk forankret i civilsamfundet, f.eks. vågekonerne fra 1757, og traditionelt en integreret del af velfærdssamfundet. Københavnske damer oprettede i 1949 "Hospitalshjælp", et startskud til Røde Kors' besøgstjeneste, som bredte sig til hele landet som en integreret del af sundhedsvæsenet, der forandrede sundhedslandskabet (Hansen, 2002). Hospitalerne blev mere institutionaliserede og professionaliserede igennem 1970'erne og skubbede de frivillige ud, hvorfor civilsamfundsorganisationer i den periode fungerede adskilt fra aktiviteterne i sundhedsvæsenet. Ved årtusindeskifte åbnede amterne igen op for frivillige, f.eks. fra KFUM på sygehusene. Der var, også dengang, knappe ressourcer, og man fik igen øjnene op for betydningen af at få besøg som indlagt uden pårørende. I de seneste 20 år er frivillige igen blevet en fast del af hospitaler, f.eks. som vejvisere og patientstøtter – og vågetjenesten er vendt tilbage, så mennesker uden pårørende ikke skal dø alene. Historisk har frivillige og civilsamfundsorganisationer således bidraget til at mindske den sociale ulighed i mødet med sundhedsvæsenet.

Fra politisk hold omfavnes frivilligt arbejde og civilsamfundet som redningsplaner til at komme helskindet i land i et oprørt hav med komplekse problemstillinger, der fører til stigende ulighed i sundhed. I regeringsgrundlaget (Regeringen, 2022) vil man skabe "bedre muligheder for at inddrage frivillige foreninger i velfærdssamfundet, så de kan spille en større rolle". En politisk anbefaling fra Alliancen mod Social Ulighed i Sundhed lyder "styrk fællesskaber og samspillet med det offentlige og civilsamfundet" ([www.ulighedisundhed.dk](http://www.ulighedisundhed.dk)), Trygfonden ([www.tryghed.dk](http://www.tryghed.dk)) arbejder for et styrket civilsamfund og Danske Regioners politiske topmøde 2024 afgav et løfte om at styrke samarbejdet med civilsamfundet ([www.regioner.dk](http://www.regioner.dk)).



**Fra politisk hold omfavnes frivilligt arbejde og civilsamfundet som redningsplaner til at komme helskindet i land i et oprørt hav med komplekse problemstillinger, der fører til stigende ulighed i sundhed**

## Model for typer af frivillighed

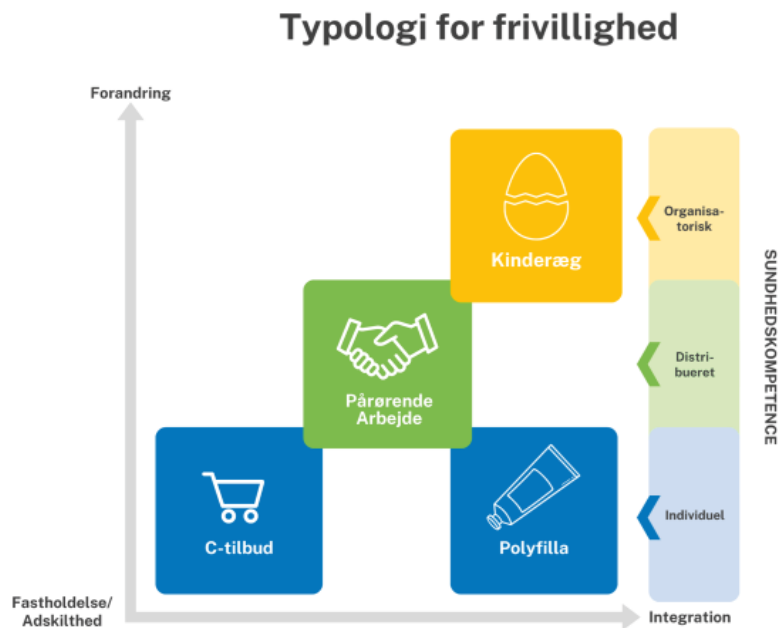
For at kunne svare på spørgsmålet, om og hvordan frivillighed og civilsamsfundsorganisationer kan bidrage til social lighed i mødet med sundhedsvæsenet, er der behov for at sondre analytisk mellem forskellige typer af civilsamsfundsbidrag og frivillighed. I den model, vi har udviklet til formålet, afbilledet i figur 2, vurderes typerne på x-aksen ift. graden af hhv. adskilthed fra og integration i et samlet tilbud fra sundhedsvæsenet. Baggrunden herfor er et ønske om at bidrage med viden om, hvorvidt og hvordan bidragene komplementerer det offentlige sundhedsvæsen i et sammenhængende tilbud, eller om de eksisterer parallelt. På y-aksen vurderes de forskellige typer ift., om de fastholder eller forandrer sundhedsvæsenets måde at fungere på i retning af større lighed i mødet. Graden af forandring afspejles i udviklingen i niveauet af sundhedskompetence, gående fra individuel over distribueret til organisatorisk sundhedskompetence. Hermed fremkommer fire typer frivillighed, som vi har kaldt Polyfilla, C-tilbud, pårørendearbejde og Kinderægget, som udfoldes nedenfor.

### Frivillighed som Polyfilla

Når civilsamsfundet fylder sprækker ud imellem systemerne eller kompenserer for kompleksiteten og ressourcemangel i sundhedsvæsenet, kalder vi frivillighed for Polyfilla. F.eks. når civilsamsfundet skaber forbindelser mellem den hospitalsbaserede psykiatri og frivillige tilbud til mennesker, som lever med psykisk sygdom. Eller "finde-vej-hjælperne" med røde veste i hospitalets foyer. Roller, som er nødvendige dele af et sammenhængende sundhedsvæsen, og som ofte løses af ressourcestærke pårørende. Her er det naturligvis væsentligt at holde sig for øje, hvordan det samlede sundhedsvæsen tager hånd om dem, der ikke er så heldige at have pårørende at følges med.

Rollefordelingen mellem den frivillige og patienten er ofte, at der er en, der har brug for hjælp (patienten), og en, der hjælper (den frivillige). Samtidig bliver man som frivillig en del af et socialt fællesskab med andre frivillige og oplever meningsfuldhed i sit liv (Espersen m.fl., 2021). Relationen er altså mere gensidig end først indikeret.

Figur 2: Typologi for frivillighed i sundhedsvæsenet



Polyfylla frivillighed løser væsentlige og meningsfulde opgaver for den enkelte patient og spiller en betydende rolle for den frivillige, men er med til at fastholde måden, sundhedsvæsenet fungerer på, fordi det kompenserer for de steder, hvor der mangler sammenhæng, kontinuitet og gennemskuelighed. Problemer, som derved ikke bliver synlige anledninger til at skabe nødvendig forandring, og med risiko for at øge den sociale ulighed i mødet med sundhedsvæsenet. Vi placerer Polyfylla langt ude på x-aksen som en integreret og komplementerende funktion, men lavt på y-aksen, da den ikke stimulerer til forandring.

### Frivillighed som C-tilbud

I et offentligt sundhedsvæsen med lige adgang spiller alle principielt på A-holdet. Rettigheder til behandling, pleje og rehabilitering ved sygdom afhænger ikke af status og indkomst. Når det offentlige sundhedsvæsen ikke kan løfte sit ansvar, jf. sundhedsloven ([www.retsinformation.dk](http://www.retsinformation.dk)), opstår politisk tilskyndelse til f.eks. at understøtte private sundhedsforsikringer. De vil hovedsageligt være tilgængelige for mennesker med ressourcer, som bliver det nye A-hold. B-holdet bliver mennesker uden sundhedsforsikring, som alene har mulighed for at benytte det offentlige tilbud. Vi ved, at mange har svært ved at profitere af sundhedsvæsenets tilbud, fordi de kommer til at stå sårbart eller udsatte i mødet med systemet. Her kan frivillighed risikere at blive et C-tilbud, afskåret fra det etablerede sundhedssystem. F.eks. en Røde Kors Sundhedsklinik, som tilbyder mennesker uden CPR-nummer og sundhedsforsikring adgang til basale sundhedsydelser.

Vi placerer C-tilbuddet som adskilt fra det samlede tilbud fra sundhedsvæsenet og som en fastholdelse (eller måske endda forværring?) af den sociale ulighed i mødet med sundhedsvæsenet, fordi det alt andet lige vil være et tilbud af lavere kvalitet end det, landets borgere har ret til. Samtidig er der ingen tvivl om, at dette parallelle og uformelle sundhedsvæsen er livsnødvendigt i dag for at nå landets mest udsatte (West, 2024).

### Når pårørende udfører hovedparten af sundhedsarbejdet

Civilsamfundet og frivillige har som beskrevet altid været en del af sundhedsvæsenet med pårørendes rolle i sygdomsforløb som oplagt eksempel. Faktisk er sundhedsvæsenet generelt indrettet, *som om* alle har pårørende at støtte sig til, selvom "Hvordan har du det?"-undersøgelsen (Sundhedsstyrelsen, 2022) viser, at andelen af befolkningen, der oplever sig uønsket ensomme er steget med ca. 50 pct. på 4 år (fra 8 pct. til 12 pct.). Alligevel er sundhedsvæsenet ambivalent i forhold til pårørende. Er de ressourcer? En del af det psykiatriske sygdomsbillede? Udfordrer samarbejdet med pårørende patienternes selvbestemmelse, myndighed og datasikkerhed? Paradoksalt nok inddrages pårørende ikke systematisk i patientforløbet, f.eks. via deltagelse i teammøder eller konferencer om patienten. Mange pårørende bliver belastede og syge af opgaven som autodidakt projektkoordinator og bindeled mellem instanser ([www.danskepatienter.dk](http://www.danskepatienter.dk)).

Vi placerer pårørendearbejdet længere ude af x-aksen pga. de høje forventninger til og det store udbytte af pårørendes bidrag til sygdomsforløb. Der er plads til yderligere integration f.eks. med indførelse af pårønderettigheder, støtte og inddragelse i et reelt tværgående samarbejde med de fagprofessionelle. Vi placerer pårørendearbejdet højere oppe af y-aksen, da de pårørendes indsats er med til at løfte kvaliteten af diagnostisk, behandling og pleje ([www.danskepatienter.dk](http://www.danskepatienter.dk)). For at nedbringe den sociale ulighed i sundhed i mødet med sundhedsvæsenet vil det være relevant at undersøge betydningen af at kompensere for manglen på pårørende hos de mennesker, som oplever uønsket ensomhed. Differentiering mellem, om man har pårørende eller ej, i forhold til hvilke offentlige tilbud man er berettiget til, eller hvilke systematiske samarbejder med civilsamfundet der etableres, kunne formentlig bidrage til at øge den sociale lighed i sundhed og til prioriteringsdiskussionerne i sundhedsvæsenet.

### Når frivillighed er et Kinderæg

Uligheden i sundhed er ikke skabt af og kan heller ikke løses af sundhedsvæsenet. Men forskningen, som er opsummeret i figur 1 viser, at såvel a) kvaliteten af interaktionen mellem patient og fagprofessionel i det grønne felt og b) ressourcer, kompleksitet og vanskelig adgang i det gule felt ligger indenfor sundhedsvæsenets ansvar og handlemuligheder. Det ansvar for den sociale lighed i adgang til sundhed kan løftes på adskillige måder, såsom at ændre på curriculum på uddannelserne, samt efter- og videreuddannelserne eller at tilføre yderligere ressourcer. En anden tilgang kan være at indgå i tæt samar-

bejde med civilsamfundet i den fjerde variant i frivillighedstypologien, nemlig Kinderægget. Et Kinderæg er kendetegnet ved at være tre ting på én gang: et stykke chokolade, en overraskelse og et stykke legetøj. Der er selvsagt tre andre ting på spil, når frivillighed bliver et Kinderæg. Som eksempel har vi valgt Social Sundhed, som vi kender inde fra.

*Faktaboks: Hvad er Social Sundhed - helt praktisk?*

Social Sundhed er en landsdækkende NGO, som gennem åbne rådgivningstelefoner skaber kontakt med mennesker, som har alvorligt brug for hjælp til at benytte sundhedsvæsenet. Sundhedsfaglige studerende melder sig som frivillige brobyggere til at støtte, motivere og ledsage mennesker, som har brug for hjælp i deres kontakt med sundhedssystemet. Brobyggeren sikrer, at det enkelte menneske møder op til sundhedsaftaler, skaber tryghed og støtter op om kommunikationen mellem patient og sundhedsprofessionel. Dette styrker sundhedstilstanden og sundhedskompetencerne hos den enkelte, men udbyttet går begge veje. Når brobyggeren som kommende sundhedsprofessionel får praksiserfaring med, hvordan mennesker i udsatte eller sårbare positioner oplever mødet med sundhedsvæsenet, opbygger brobyggeren den nødvendige redskabskasse af kompetencer til at kunne nedbringe ulighed i sundhed i sit fremtidige virke, både i mødet med den enkelte patient og ved at opbygge den organisatoriske sundhedskompetence.

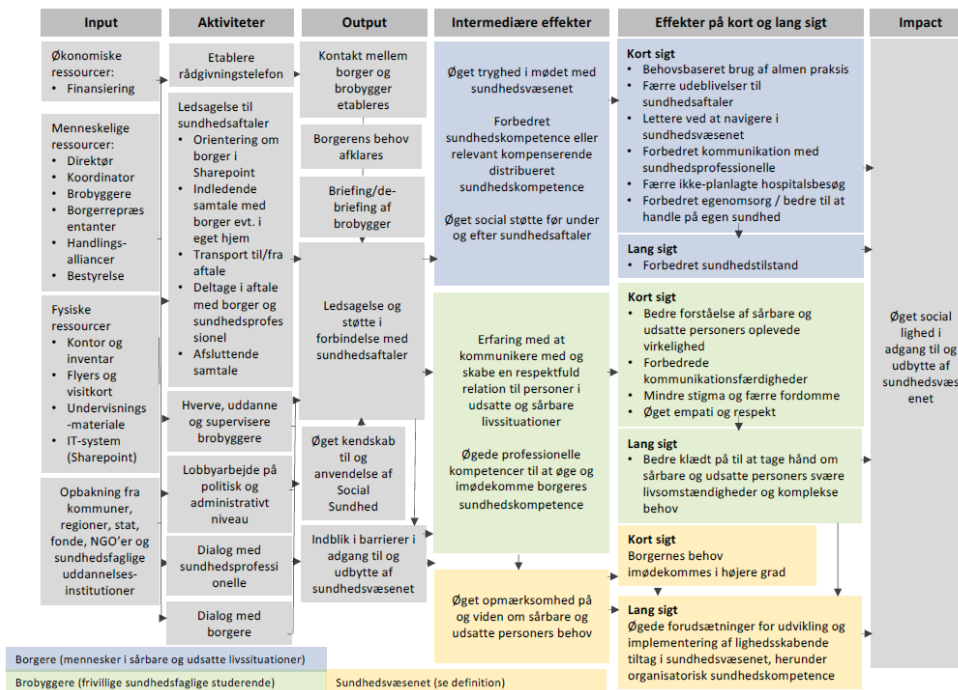
Når civilsamfundet, som i eksemplet Social Sundhed, organiserer sig, så indsatsen både er

- a) *frivilligt socialt arbejde*, med det formål at styrke den enkelte, der står sårbart i mødet med sundhedsvæsenet (det blå felt i figur 1) og forbedre kvaliteten af interaktionen (det grønne felt i figur 1) ved at øge den distribuerede sundhedskompetence
- b) *ekstra-curriculær uddannelse* af sundhedsfaglige studerende i de kompetencer, der ikke er tilstrækkeligt tilstede (det grønne felt i figur 1), og som skal modvirke fordomme, øger empati og respekt.

Er det rimeligt at opstille en hypotese om, at den frivillige sociale og uddannelsesmæssige indsats på længere sigt kan bidrage til forandring gennem en øget organisatorisk sundhedskompetence, foranlediget af det personale, som under studierne gennem deres frivillige arbejde har tilegnet sig de nødvendige kompetencer. Den øgede organisatoriske sundhedskompetence kan lede til et sundhedsvæsen, som er i stand til at kompensere for og tilpasse sig mennesker i sårbare positioner, så den sociale lighed i mødet med sundhedsvæsenet stiger. Der vil i så fald være tale om systemforandring.

Programteorien for Social Sundhed (Valentin m.fl., 2023) fremgår af figur 3.

Figur 3: Programteori for Social Sundhed (dansk udgave)

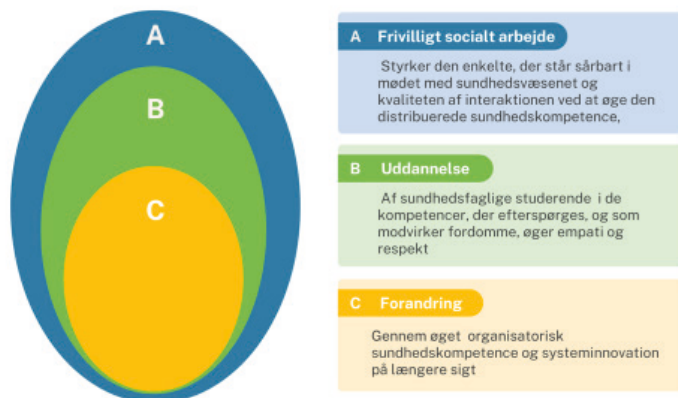


Den kortlægger virkningsmekanismerne i interventionen, beskrevet i de grå felter under Input, Activities og Output for både det menneske, der står sårbart (de blå felter), den sundhedsfaglige studerende (de grønne felter) og for sundhedssystemet på længere sigt (de gule felter). Social Sundhed bliver i artiklens frivillighedstypologi til et Kinderæg med hele tre målgrupper og succeskriterier med forskellige tidshorisonter. En målgruppe er det menneske, som står sårbart i mødet med sundhedsvæsenet. En anden målgruppe er de sundhedsfaglige studerende, som er frivillige brobyggere og en del af fremtidens sundhedsvæsen. Og endelig er ledere og medarbejdere i sundhedsvæsenet målgruppe for indsatsen ift. at løfte den organisatoriske sundhedskompetence.

Det internationale litteraturstudie bag programteorien fandt ingen andre civilsamfundsorganisationer, som på tilsvarende vis har flere målgrupper og et systemforandrende sigte. Forfatterne samt en række fonde er interesserede i at få kendskab til yderligere eksempler på Kinderæg, hvis læserne kan bidrage med det.

Når civilsamfundet lægger sig, ikke parallelt til, men i forlængelse af og forstærker sundhedssystemet, kan civilsamfundet blive en integreret del af et samlet og stærkere sundhedsvæsen. Vi placerer Kinderægget længst ude på x-aksen og højest oppe på y-aksen. Figur 4 illustrerer Kinderæggets tre elementer. Begreberne om individuel, distribueret og organisatorisk sundhedskompetence supplerer med perspektiver på, hvem der har brug for hjælp, og hvor forandring skal og kan ske.

Figur 4: Kinderæggets 3 målgrupper og succeskriterier



Efter således at have præsenteret de fire typer frivillighed og civilsamfundsbidrag i forhold til, om de opleves som integrerede elementer i et samlet sundhedsvæsen, og om de opleves som et bidrag til den nødvendige forandring af sundhedsvæsenet, vil vi i de næste afsnit udfolde og diskutere, hvordan man mere lavpraktisk kan gå til at forandre sundhedsvæsenet i relation til så gammelt og vedvarende et problem som ulighed i sundhed.

### Offer for udefrakommende problemer eller mulig aktør i at skabe løsninger?

Dette temanummer beskæftiger sig med en række udfordringer, som sundhedsvæsenet verden over står midt i. Mange af disse udfordringer placeres udenfor de ledere og medarbejdere, som arbejder i sundhedsvæsenet. Problemerne tilskrives f.eks.:

- demografisk udvikling,
- forandrede forventninger til velfærdsstaten og det gode liv – både patienternes og personalets,
- økonomiske udfordringer,
- teknologiske og digitale fremskridt,
- et komplekst samfund, det er vanskeligt at begå sig i det,
- specialisering, sektoropdeling og faggruppe-kulturer.

Og at menneskers forløb i forbindelse med sygdom går på kryds og tværs i det hele. Med den problemanalyse giver temanummer-titlen mening. Sundhed bliver ustyrligt.

Diederichsen og Paldam Folker udfordrer i deres artikel denne analyse. Forfatterne påviser, at politikere, ledere og medarbejdere også er aktører i interessekonflikter qua politiske ståsteder ift. mulige løsninger på problemerne. Dertil kommer den enkelte fagprofessionelles mere eller mindre ubevidste bias og fordomme overfor mennesker i sårbare og udsatte positioner, som vist i figur 1 (Valentin o.a., 2023). Et nyligt studie dokumenterer, at mennesker, der har cirka samme socioøkonomiske status som den læge, de sidder overfor, får tilbudt bedre behandlingsmuligheder og oplever et større udbytte af indsatsen end mennesker af lavere socioøkonomisk status, som omvendt får tilbudt ringere behandling og oplevere dårligere udbytte (Kristiansen og Sheng, 2022).

Når op mod 20 procent af befolkningen ikke profiterer af sundhedsvæsenet, skyldes det både levevilkår, socioøkonomisk status mv. og den forskelsbehandling, der sker i selve mødet mellem det menneske, der står sårbart og sundhedsvæsenet, mellem fagperson og patient (Kjeld o.a., 2022). En forskelsbehandling, som ikke kan forklares med forskellige regler og retningslinjer for forskellige socialgrupper. Forskelsbehandlingen er ulovlig – sundhedsloven tilsiger lige adgang for alle (www.retsinformation.dk).

Fordomme og bias kan man gøre noget ved. Som samfund kan man f.eks. udfordre, hvordan der uddannes til og kompetenceudvikles og organiseres i sundhedsvæsenet, alle emner, der eksisterer omfattende viden om og erfaring med.

## **I mesterlære hos det menneske, der står sårbart i mødet med sundhedsvæsenet**

Sundhedsvæsenets praktiske uddannelsesmodel er i vid udstrækning kendetegnet af moderne variationer af mesterlære. Det har mange fordele at kunne lære af mere erfarne kolleger, men det kan også med til at fastholde vaner og tænkning, som måske trænger til at blive udfordret for at flytte på den stigende sociale ulighed i sundhed? Et aktuelt og væsentligt spørgsmål at stille er: Hvordan kan sundhedsvæsenet arbejde systematisk med at uddanne nuværende og kommende medarbejdere ift. bias, racisme og fordomme? Fænomener, det kan være svært at tale om, når det ikke handler om andre og samfundet, men om en selv (Morehouse o.a., 2023). Automatreaktionerne står i kø. ”Skulle jeg være racist? Jeg forskelsbehandler da ikke. Vi er jo alle lige for loven. Jeg har valgt at være medarbejder i sundhedsvæsenet, fordi jeg vil gøre noget godt for andre”. Alt det er sikkert helt rigtigt. Og det kan sagtens eksistere samtidigt med, at man måske ubevidst er fordomsfuld. De ubevidste bias grundlægges gennem det miljø og de relationer, man færdes i som barn, og de erfaringer, man får i møder med samfundet og systemerne, og den historie, ens familie og nære samfund har bag sig. Man er således allerede privilegeret, når man er optaget på og kan gennemføre en mellemlang eller lang videregående uddannelse.



Disse ubevidste bias går begge veje, f.eks. mellem den grønlandske sårbare patient og den hvide, midaldrende, privilegerede læge. Hvordan kan lægen forstå og acceptere, at hun bærer en arvesynd, fordi hun repræsenterer en kolonimagt? Uanset hvor "godt" hun som enkeltperson handler? Hvordan kan hun forstå, hvordan det er ikke at kunne begå sig, at være angst i offentlige rum, at blive misforstået og at blive overmandet af vrede og aggression, når man ikke forstår, hvad der foregår i en situation? Hvordan kan hun forstå, hvad det vil sige at leve et liv, man ikke synes er værd at leve, og at man ikke selv er værdig til at være i live? Hvis hun aldrig har været i nærheden af at have haft den type erfaringer i sit liv? Eller har erfaret psykiske udfordringer, som sagtens kan være en del af et godt liv, når man har ressourcer selv og omkring sig.

Hun har måske læst om det. Set på statistikker under sin uddannelse. Hun bruger sin sociale fantasi til at forestille sig, hvad der sker i tilværelsen for et menneske, hvis bolig langsomt gror til, indtil der kun er en seng og en sti tilbage at betræde – eller som helt forlader boligen for at leve på gaden, hvor væggene ikke kommer nærmere. Hun kan bruge sin empati, sin medfølelse (compassion hedder det vist nu om dage) og sin professionalisme til at møde det andet menneske, som det nu engang er, og at tilbyde behandling og pleje af samme høje kvalitet, uanset hvem der sidder på den anden side af bordet.

Afsættet for at lykkes med det er et sammenbrud i den klassiske ekspertrolle, som Argyris og Schon (1995) beskriver som 2. ordens læring. At hun forstår, at hun ikke forstår. Og at relationen og kommunikation skal bygges op fra denne erkendelse og ydmyghed. At hun forstår, at hendes privilegier gør hende primet til at forskelsbehandle, og at hun faktisk skal gøre sig umage for at undgå det – og at det kræver uddannelse, træning og løbende supervision.

I Social Sundhed foregår dette ved, at mesterlærerrelationen er vendt på hovedet. Det er det menneske, som står sårbart i mødet med sundhedsvæsenet, som lærer den sundhedsfaglige studerende om barrierer og betydningen af bias og fordomme. De sundhedsfaglige studerende kommer dokumenteret styrkede ud på den anden side af dette sammenbrud af ekspertrollen ved at opsøge den erfaringsbaserede læring som frivillige brobyggere. Her træner de relationelle og kommunikative kompetencer, samtidig med at de udfører skræddersyet socialt arbejde (Tonnesen o.a., 2023a). De studerende lærer at se noget andet og mere, end de kunne, før de blev brobyggere (Tonnesen o.a., 2023b). Som brobyggere kan de således bidrage til at styrke såvel den individuelle som den distribuerede sundhedskompetence.

### Kan frivilligt socialt arbejde lede til systeminnovation?

Kinderægget er placeret som et frivilligt og fuldt integreret element i sundhedsvæsenet, som i høj grad forandrer den måde, sundhedsvæsenet fungerer på både her og nu. Eksemplet Social Sundhed har potentiale til at bidrage til systeminnovation i sundhedsvæsenet, når systemerne f.eks. erkender, at *den måde de* indretter sig på, skal kompensere for forskelle i individuelle sund-

hedskompetencer. I praksis vil det være muligt, at den organisatoriske sundhedskompetence imødegår risikoen for privilegieblindhed og de socioøkonomiske bias beskrevet ovenfor. Efterhånden som hundredvis af sundhedsfaglige studerende, der har været frivillige brobyggere, bliver færdiguddannede og får jobs i sundhedsvæsenet, vil den akkumulerede effekt af mesterlæren forventeligt vise sig på dette systemiske niveau.

Kinderægget rummer tre vigtige elementer. For det første forskyder det målgruppen for hjælp og forandring fra mennesker i sårbare positioner til de sundhedsprofessionelle og sundhedsvæsenet. For det andet synliggør det, hvordan sundhedsprofessionelle og sundhedsvæsenet både bidrager til den ulighed, der opstår i mødet med sundhedsvæsenet, men også kan være en del af løsningen på problemet allerede som studerende. For det tredje indgå de sundhedsfaglige studerende i en frivillig brobyggerrelation med mennesker, der står i sårbare positioner, hvor de får umiddelbart hjælp og støtte til deres aftale i sundhedsvæsenet. Brobygningen fungerer samtidig som en mesterlæresituation og-relation for den sundhedsfaglige studerende.

### **Kinderægget repræsenterer den mest fulgyldige løsning**

Denne artikel har udviklet en typologi for frivillighed som muligt bidrag til at øge den sociale lighed i mødet med sundhedsvæsenet og beskriver de fire typer som henholdsvis Polyfylla, C-tilbud, pårørendearbejde og Kinderægget. Typologien sonderer på x-aksen mellem graderne af henholdsvis adskilthed og integration med sundhedsvæsenet, og på y-aksen, hvordan forskellige former for frivillighed henholdsvis fastholder eller forandrer sundhedsvæsenet. Graden af forandring afspejles af udviklingen i den individuelle, distribuerede og organisatoriske sundhedskompetence.

*Polyfylla* er særligt relevant, når der er ressourcemangel og gråzoner i mellemrummene mellem tilbud. For ikke at øge den sociale ulighed i sundhed er det afgørende, at politikere, ledere og fagfolk samtidig tager ansvar for, at det ikke leder til C-tilbud af dårligere kvalitet og at arbejde for sammenhæng i overgange.

*Pårørendearbejde* kan understøttes i langt højere grad end det er tilfældet i dag ved at integrere de pårørende i indsatsen. For ikke at øge den sociale ulighed i sundhed skal der kompenseres i de tilfælde, hvor der ikke er ressourcestærke pårørende.

*C-tilbud* kan være nødvendige af medmenneskelige hensyn, som i tilfældet med Røde Kors Sundhedsklinikker, hvor illegale flygtninge ikke har andre muligheder for at få adgang til basal behandling. For ikke at øge den sociale ulighed i sundhed er det vores anbefaling, at politikere forholder sig til, hvad den stigende tendens til at tegne sundhedsforsikringer (det nye A-tilbud) betyder for kvaliteten og adgangen til det almene offentlige sundhedstilbud (det nye B-tilbud) og risikoen for en stigende sociale ulighed i sundhed.

*Kinderægget* repræsenterer den mest fulgyldige løsning på problemet med den stigende sociale ulighed i sundhed. Det kræver et stærkt samarbejde på tværs af sektorer med ansvar for sundhed, uddannelse og civilsamfund, at rammerne for videreuddannelse er fleksible nok til, at studerende kan påtage sig frivilligt arbejde, eller at brobygningen bliver en del af den formelle uddannelse, og at de offentlige organisationer påtager sig at prioritere, kompensere og dermed positivt forskelsbehandle mennesker i sårbare situationer.

Hvis man som velfærdssamfund ønsker det bedst mulige udbytte af civilsamfundets bidrag til den samlede opgaveløsning, kan man stille sig selv spørgsmålene om, hvordan man kan investere i at sikre fuld implementering af de relevante frivilligindsatser. Implementering på tværs af landet er en forudsætning for, at indsatserne ikke er med til at øge uligheden i sundhed ved, at de kun kommer nogle områder til gavn.

Afslutningsvist er det interessant at tage diskussionen om frivillighed på det strategiske niveau, så det ikke alene er hos frontpersonalet, frivilligheden påvirker opgaveløsningen og bidrager til kompetenceudviklingen, men at frivillighed og civilsamfundets bidrag er forankret i den større organisations strategiske udvikling. Det skal sikre, at det ikke alene er tilfældige samspil med civilsamfundet, men at samspillet sikres strukturelt og systematisk. Først dér kan man teste det fulde potentiale af civilsamfundets bidrag til udviklingen af velfærdssamfundet og sundhedsvæsenet, og om det i nogle tilfælde faktisk kan være den retningsplanke, som mange håber på, det er.

## Noter

- 1 Forfatterne arbejder i Social Sundhed, som arbejder for lighed i sundhed. For at imødekomme blinde vinkler som følge heraf i artiklens teoretiske analyser har professor Mickael Bech (red.) og post.doc. Lærke Bonnessen (reviewer), begge SDU, været sparringspartnere på artiklen.

## Referencer

- Argyris, Chris og David A. Schon (1995), *Organizational Learning II – Theory, Method and Practice*, FT Publishing International.
- Edwards, M., F. Wood, M. Davies og A. Edwards (2015). “‘Distributed health literacy’: longitudinal qualitative analysis of the roles of health literacy mediators and social networks of people living with a long-term health condition”, *Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*, 18(5): 1180-1193, <https://doi.org/10.1111/hex.12093>
- Espersen, Helle Hygum, Torben Fridberg, Asger Graa Andreassen, og Niels Westermann Brændgaard (2021), “Frivillighedsundersøgelsen 2020 – En repræsentativ befolkningsundersøgelse af udviklingen i danskernes frivillige arbejde”, VIVE.
- Hansen, Karen Dahl (2002), “Frivillige skal ind på sygehuse”, *Kristeligt Dagblad*, 3. oktober.
- Harari, Yuval Noah (2011), *Sapiens. A Brief History of Humankind*, Penguin Random House.
- Jensen, Heidi Amalie Rosendahl, Michael Davidsen, Sofie Rossen Møller, Julie Ellegaard Ibáñez Román, Kamilla Kragelund, Anne Illemann Christensen og Ola Ekholm (2022), “Danskernes Sundhed – den nationale sundhedsprofil 2021”, Sundhedsstyrelsen og Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.
- Kjeld, Simone Gad, Louise Ayoe Sparvath Brautsch, Durita Lyngsø Svartá, Anne Faber Hansen, Susan Andersen, Dina Danielsen (2022), “Social ulighed i mødet med sundhedsvæsenet - en systematisk litteraturgennemgang”, udarbejdet til Sundhedsstyrelsen af Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.

- Kommission for robusthed i sundhedsvæsenet (2023), "Robusthedskommissionens anbefalinger", Indenrigs- og Sundhedsministeriet.
- Kristiansen, Ida Lykke og Sophie Yanying Sheng (2022), "Doctor Who? The Effect of Physician-Patient Match on the SES-Health Gradient", *CEBI Working Paper Series*, Department of Economics, University of Copenhagen.
- Morehouse, Kirsten N. et al. (2023), "All human social groups are human, but some are more human than others: A comprehensive investigation of the implicit association of "Human" to US racial/ethnic groups", *Proceedings of the National Academy of Sciences*. DOI: 10.1073/pnas.2300995120
- Regeringen (2022), "Ansvar for Danmark. Det politiske grundlag for Danmarks regering".
- Tonnesen, Merete og Anne-Mette Hedeager Momsen (2023a), "Bridging gaps in health? A qualitative study about bridge-building and social inequity in Danish healthcare", *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 18(1).
- Tonnesen, Merete, Gitte Valentin, Thomas Maribo og Anne-Mette Hedeager Momsen (2023b), "Seeing the invisible: extracurricular learning processes and learning outcome as experienced by student volunteers accompanying persons in a socially vulnerable situation to healthcare appointments—an ethnographic study", *Advances in Health Sciences Education*.
- Valentin, Gitte, Claus Vinther Nielsen, Anne Sofie Meldgaard Nielsen, Merete Tonnesen, Kristina Louise Bliksted, Katrine Tranberg Jensen, Karen Ingerslev, Thomas Maribo, og Lisa Gregersen Østergaard (2023), "Bridging Inequity Gaps in Healthcare Systems While Educating Future Healthcare Professionals—The Social Health Bridge-Building Programme", *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20, 6837.
- West, Kira (2024), "Nu skal vi kurere uligheden i sundhed", *Altinget*, 22. april.
- Aaby, Anna, Maiken Meldgaard og Helle Terkildsen Maindal (2022), "Sundhedskompetence i det danske sundhedsvæsen. En vej til mere lighed", Sundhedsstyrelsen og Institut for Folkesundhedsvidenskab, Aarhus Universitet.

# Et demokratisk under?

Et essay i anledning af Jørgen Grønnegård Christensen:  
*Embedsfolk*, Djøf Forlag, 2024.

Den ustyrlige sundhed

*I en ny bog hylder Jørgen Grønnegård Christensen det danske "embedsfolk" som et "demokratisk under". Bogen hopper dog let over nogle centrale spørgsmål. Blandt dem er spørgsmålene om, hvorvidt departementscheferne er overbelastede, og om de faglige inputs får tilstrækkelig plads i ministerrådgivningen. Problemer her kan give kvalitetsproblemer med de politiske beslutninger. Og kvalitetsproble-*

*mer kan måske igen sætte sig som skandalesager og faldende tillid til embedsfolk. Et underspillet tema i bogen er også spørgsmålet om, hvorvidt en tiltagende topstyring/koordinering har skabt behov for modernisering af ansvarssystemerne. Gabet mellem ansvar og magt er vokset. Bogen er reelt mere en debatbog end forskningsformidling.*

## Et "demokratisk under" i det politisk-administrative system?

"At få noget fra hånden" er et motto for den nu 80-årige Jørgen Grønnegård Christensen (JGC somme tider også omtalt bare som "Grønnegård"), som nu har udsendt nok en bog. JGC har i næsten et halvt århundrede domineret den politologiske forvaltningsforskning i Danmark. Han har med imponerende flid i hæsblæsende tempo udspytet en overvældende mængde bøger, faglige artikler, rapporter, aviskommentarer og interviews mm. Han har taget opgaver for Folketinget, DJØF og centraladministrationen. Han har siddet i talrige udvalg og bestyrelser. Ikke underligt at nære kolleger kærligt har kaldt ham "Den protestantiske arbejdsetik." Den store arbejdsindsats gennem de mange år har medført, at han fremstår som den måske mest indflydelsesrige politologiske forvaltningsforsker i Danmark nogensinde. Enhver bog fra JGC's hånd må allerede af den grund påkalde sig opmærksomhed. Bogen giver samtidig anledning til at omtale nogle aktuelle problemstillinger i det danske politisk-administrative system, som jeg selv ser.

Som vel de fleste andre blev jeg først opmærksom på bogen i medierne. Omtalen af bogen forekom mig uklar. Et budskab stod dog ret klart. Ifølge foromtalen havde departementscheferne en lang ringere viden om lovgivningen på deres områder end for flere årtier siden. I stigende grad kommer de fra andre dele af centraladministrationen end den, de sættes i spidsen for. Og i hurtigere tempo end før forlader de igen deres stillinger som departementschefer. Men mindre ressortfaglig viden i toppen giver ikke problemer, når der er stærk ressortfaglighed i ministerierne, mente JGC (*Politiken*, 19.8.2024). Det vigtigste er, at departementscheferne har politisk indlevelsesevne.

Men i andre udtalelser syntes JGC at virke lidt mindre entydig. Om det betyder noget, at der ikke er så stor kontinuitet på topplan i ministerierne, ved

### TIM KNUDSEN

Historiker og professor emeritus, Institut for Statskundskab, Københavns Universitet,  
Timk@privat.dk

vi faktisk ikke, udtalte JGC (*DJØF-bladet*, 15.8.2024). I et andet medie fik jeg indtryk af, at JGC mente, at sager i toppen af regeringen kan trænge ressortfagligheden tilbage (*Altinget*, 1.9.2024). På den anden side vurderede JGC, at Statsministeriet lærte af sine fejl (*DJØF-bladet*, 15.8.2024). Så hvor står Danmark egentlig i spørgsmålet om departementschefernes rolle? Lettere bliver det ikke at svare herpå af, at der mig bekendt aldrig er udformet en fast stillingsbeskrivelse for departementschefer. Og hvor står Danmark i spørgsmålet om ressortfagligheden? Tilmed kunne jeg forvente af bogen at få mere at vide om, hvad man tænker og gør i Statsministeriet for at blive bedre. Lettere forvirret, men håbefuldt gav jeg mig i kast med bogen.

I bogen kaldes Danmarks politisk-administrative system ”et demokratisk under” (Christensen, 2024: 9 – underet skyldes ifølge forfatteren især embedsfolket). Det ambitiøse mål med bogen er at give et ”mere almengyldigt og ... afbalanceret billede” af ”embedsfolket” (Christensen, 2024: 9). Målet er især ambitiøst, fordi JGC deklarerer bogen som analytisk og forskningsformidlende (Christensen, 2024: 25).

Fem spørgsmål behandles i JGC's bog: 1) Hvad laver embedsfolket? Det korte svar er, at der er sket en forskydning fra enkeltsagsbehandling i retning mod at forme politik; 2) Hvem er de? Der er kommet flere kvinder. Især hentes lederne fra Finansministeriet og Justitsministeriet (JGC underbetoner forskydningerne i uddannelsesbaggrund fra juristdominans til DJØF-dominans med ikke mindst politologuddannede); 3) Hvordan arbejder de? Svaret på dette spørgsmål overlapper med svaret på det første spørgsmål. Det betones, at samfundet ikke kan undvære, at embedsfolkene arbejder politisk; 4) Hvem arbejder de for? Ifølge JGC ”selvfølgelig” for regering og ministre selv om han erkender, at det nu ikke er helt enkelt. Nogle styrelser har f.eks. også en ”mission”; og 5) Kan vi stole på dem? Ja, mener JGC, men alligevel er det svært at være sikker på i hvor høj grad. Som jeg læser bogen, skyldes usikkerheden underskud på vigtige undersøgelser.

## Undren

Efter den første måben over ambitionsniveauet meldte der sig allerede under læsningen af bogens første sider mange spørgsmål hos mig. Det er uklart, hvad det er for et uafbalanceret billede, forfatteren vil rette op på. Og dermed også, hvem der har tegnet dette billede. Det er også uklart efter hvilke selektionskriterier forskning inddrages. Ofte henviser bogen slet ikke til konkret forskning, men blot til et ”vi”. Det betyder vist ofte JGC.

Bogen kan også ses som propaganda for JGC's personlige forvaltningspolitik. Det lægger han egentlig ikke skjul på (Christensen, 2024: 25f). Men kan man undgå, at propagandaen ikke smitter af på, hvordan man formidler forskning?

JGC kalder bogen for delvist historisk, fordi han også ser på udviklingen de seneste 70-75 år. Hvordan det skal forstås, at bogen er delvist historisk, er ikke klart. Forfatteren bygger ikke på en frodig skov af enkeltundersøgelser af

forandringerne i de mange dele af centraladministrationen. For jeg ser ingen skov. Jeg kan mest se snapshots af enkeltstående træer for mig. Jeg har svært ved at komme i tanke om film af forandring.

Det har min særlige interesse, hvis det nu har vist sig muligt for JGC at give et ”mere almengyldigt” billede også historisk. For 25 år siden skrev jeg sammen med mange andre mennesker en dansk forvaltningshistorie (Tamm, 2000; Knudsen, 2000). Men til vor ærgrelse måtte vi opgive alt håb om at give et almengyldigt billede efter 1950. Systemet var blevet langt større på et halvt århundrede. Det samme var mangfoldigheden. Og forandringstakten syntes øget. Vi måtte indskrænke os til at behandle nogle få temaer for dog at opridses noget af tiden efter 1950 (JGC skrev et af disse bidrag, og det var vi glade og taknemmelige for). Vi foregav heller ikke at gøre mere end at tegne nogle rids (Bogason, 2000). I hvilket omfang kan JGC nu ene mand løfte *den* opgave, som vi måtte give op overfor dengang? Tilmed er der nu gået yderligere et kvart århundrede med mange store forandringer.

### Er departementschefrollen overanstrengt?

Som nævnt undrer det mig, hvem og hvad JGC polemiserer mod, når han vil give et ”mere almengyldigt og afbalanceret billede.” Er det medierne? Dybvad-udvalget med tidligere departementschef Karsten Dybvad i spidsen beskrev i al fald i 2023 en tiltagende mistillid mellem medier og myndigheder. Uden at give medierne al skyld. Udvalget gav desuden også udtryk for bekymring for fagligheden i centraladministrationen (Dybvad-udvalget, 2023).

Eller er polemikken i stedet rettet mod tidligere departementschefer som Karsten Dybvad? Departementscheferne er ifølge JGC de eneste, der refererer til ministrene nu om dage (Christensen, 2024: 97). Departementschefer indtager i al fald nøglepositioner. De skal integrere politiske og faglige præmisser i deres ministerrådgivning. Kan de nu altid opsamle faglige input, hvis de ikke selv kender deres område grundigt? De skal desuden på daglig basis pleje deres organisation. Mit spørgsmål: Er departementscheferne selv flaskehalse i de politiske beslutningsprocesser, der delvist spærrer for faglige input?

I det omfang, man overhovedet kan kalde departementschefer for ledere – ministrene er jo oprindeligt tænkt som ministeriernes ledere – så er det værd i forbifarten at minde om, at nogle vurderer, at vi har gennemlevet en periode med alt for store forventninger på mange områder til, at stærke ledere kan komme med mirakelkure på alverdens problemer. I virkeligheden – hævdes det – så kan overdrevne forventninger til ledelsesrollen føre til, at magt og indsigt går hver sin vej (f.eks. Loft og Harder 2021).

Adskillige tidligere topembedsfolk mener i modsætning til JGC, at departementschefrollen er overanstrengt. Men JGC ignorerer disse erfarne menneskers bekymringer. I 2016 udsendte to tidligere departementschefer en bog, hvor departementschefrollen beskrives som overbelastet. Ministrenes succes er blevet et væsentligt succeskriterium for departementschefer. Det forplanter

sig ned i ministeriernes organisation og kultur. Det giver større risiko end tidligere for, at der opstår 'møgsager' på kanten af loven, sandheden og fagligheden, gav bogen indtryk af (Loft og Rosted, 2016). Bogen bærer den spørgende titel: *Hvem har ansvaret?*

I denne kritiske bog pegede forfatterne også på, at departementscheferne er underlagt et krav om partipolitisk neutralitet, som skal gøre det muligt for dem at betjene en ny regering. Det krav kan støde mod forventningen om at bidrage til ministrenes succes. Og departementscheferne er yderligere underlagt nogle grænser for, hvor meget politisk hjælp de kan give ministrene. Det ytrer sig for eksempel ved, at de har vanskeligt ved at gribe ind, når der er interne konflikter i regeringen eller konflikter mellem ministeren og dennes partibagland (Loft og Rosted, 2016). Denne bog kan jeg ikke finde på JGC's litteraturliste (blandt de fraværende indlæg på litteraturlisten fra bekymrede tidligere topembedsfolk er også Nissen, 2009).

En anden bog fra bekymrede forfattere har opgjort omfanget af ledernes springkarrierer mere præcist end Grønnegård. Det er en kritisk bog om den offentlige styring: *Fornyelse eller kollaps?* (Østrup, Jørgensen og Zwisler, 2020), som jeg heller ikke kan finde på Grønnegårds litteraturliste. To af forfatterne er tidligere topembedsfolk, heraf er en af dem tidligere departementschef. Her redegjordes for, at omkring to tredjedele af topcheferne i den statslige administration ikke har arbejdet tidligere i den institution, de bliver ansat til at lede. Og omkring en tredjedel har overhovedet aldrig tidligere beskæftiget sig med det pågældende fagområde (ifølge Østrup holder det resultat også i 2024).

I denne anden bog anses de offentlige leders manglende fag- og sagkundskab kombineret med deres bistand til ministrene med politiske opgaver for en hovedforklaring på det offentlige problemer. Et andet billede end JGC's.

Et eksempel: En uvidende departementschef i Socialministeriet må rådgive en lige så uvidende minister om krige, kontinentalsoklen, arktiske problemer eller energiforsyningen, områder, der ligger langt fra ressortområdet, fordi ministeren sidder i regeringens koordinationsudvalg (Knudsen, 2023: 371 og 378). Er rådgivningen i regeringens centrale udvalg kompetent nok?

Efter publiceringen af JGC's bog barslede en komité nedsat af Videnskabernes Selskab med en rapport, der tegnede endnu et bekymret billede af fagligheden i både centraladministrationen og i dens anvendelse af forskning udefra. Tidligere departementschef Leo Bjørnskov var med i komiteen. Han ønskede mere specialistviden i departementerne. Blandt rapportens otte anbefalinger gjaldt fire af disse sikringer af det faglige niveau i centraladministrationen. Man anbefalede bl.a. at rette op på "den generelle svækkelse af faglige kvalifikationer". Og ifølge Bjørnskov var der en bekymrende "tendens til, at det kun er departementschefen og afdelingschefen, der forelægger sager for ministeren" (*Altinget*, 28.9.2024).



Bjørnskovs personlige synspunkt er, at det de seneste ti år ”er blevet vanskeligere og vanskeligere for embedsmændene at opfylde deres faglighedsforpligtelser”. Bjørnskov håber bl.a. på, at det faglige grundlag for regeringsbeslutninger fremover bliver offentligt, når en regeringsbeslutning er truffet (*Altinget*, 28.9.2024).

Ifølge Dybvad-udvalgets undersøgelser har nogle embedsfolk følt sig under pres på en sådan måde, at de ikke kunne få lov til at sætte hele det faglige grundlag på dagsordenen, når der skulle træffes beslutninger (Dybvad-udvalget, 2023: 207 f.).

I debatten om fagligheden er det især spørgsmålet om specialistfagligheden, der bekymrer. Men hvad med fagligheden hos jurister, økonomer og politologer? Den nye bog fra JGC, Danmarks førende forvaltningspolitolog gennem et halvt århundrede, kunne give anledning til overvejelser om fagligheden hos sidstnævnte gruppe. I min læsning rejser problemerne med bogen tvivl om, hvad politologisk faglighed er. I særdeleshed gælder det forvaltningspolitologi.

I al fald er der rejst tvivl om, hvor godt fagligheden har det i centraladministrationen. Der er også rejst tvivl om den danske departementschefsmode. Er den overbelastet af krav? Og får det en del stillingsindehavere til at forlade jobbet ved først gunstige lejlighed?

### Hvor mange skandalesager er der?

JGC's billede af centraladministrationen bygger bl.a. på, at han ikke mener, at antallet af skandalesager er vokset. Han henviser til tidligere opgørelser over, hvor mange undersøgelser af formodede ”skandalesager” Folketinget har igangsat (Christensen, 2024: 187). De har ikke udvist en klar stigning.

Metoden i disse opgørelser er blevet kritiseret. Antallet af undersøgelser afhænger jo af om kritisable forhold overhovedet opdages. Store mørketal kan altså ikke udelukkes. Dernæst afhænger antallet af undersøgelsessager af de politiske flertalsforhold i Folketinget. Om en undersøgelse igangsættes, afhænger mindst lige så meget af politiske forhold som saglige (Koch og Bischoff, 2018). Danmarks forholdsvis få flertalsregeringer er næsten immune overfor undersøgelser. Eksempelvis var VK-regeringerne 2001-2011 sammen med Dansk Folkeparti tæt på at være faktiske flertalsregeringer. Ikke underligt at der ikke har været så mange undersøgelser af sager i denne periode.

Diskussionen om opgørelsesmetoden endte ikke i enighed (Christensen m.fl., 2018: 99-103). Kan forskerne udvikle en alment accepteret faglig målestok for urent trav i centraladministrationen? Eller skulle vi ikke bare sige, at der under alle omstændigheder er for mange?

### Tillid eller mistillid?

Tilliden til embedsfolket i højtillidssamfundet Danmark ligger vistnok ikke så meget over niveauerne for ”brugtvognsforhandlere og journalister”, skriver

den flittige JGC (Christensen 2024: 25). JGC mener, at mistilliden er diffus. Tillidsproblemer kan der være mange forklaringer på, herunder mistillid mellem medier og myndigheder. Men der er dog forhold f.eks. omkring skatteopkrævning, som kan bidrage til mistillid, mener han. Deri er jeg enig.

JGC nævner, at regeringen kan opdeles i A- og B-ministre (ikke en nyhed). A-ministrene træffer beslutninger i regeringens centrale udvalg hjulpet af cremen af topembedsmænd. Det kan ske, at ansvaret fortoner sig, når der ikke skrives officielle referater. "Koordineringen" er af denne og andre grunde svær at beskrive. Ordet koordinering kan dække over topstyring, ministerielle interessekampe, hvor nogle "bankes på plads" og meget andet (Nielsen, 2020: 444, og for forsøg på at udvikle et mere differentieret begrebsapparat se bl.a. Lennart Lundquist, 1971 og 1987).

Hvor meget mistillid skaber dramaer som f.eks. Minksagen? Ingen kan vel være uenig i, at placeringen af ansvar i denne sag var og er særdeles omstridt. Herom vidner talrige indlæg og diskussioner i medierne, som demonstrerede dybe uenigheder også blandt fremtrædende jurister (Knudsen, 2023: 543-8). Ansvarsplaceringen blev tilmed ændret undervejs. Til sidst stod kun to underordnede embedsfolk med hver sin abe i favnen. Den ene, Tejs Binderup, blev derefter forfremmet til styrelsesdirektør! Så vidt vides rejste den anden embedsperson til Djakarta for at arbejde for Udenrigsministeriet. B-ministeren Mogens Jensen var desuden trådt tilbage. En departementschef unddrog sig ansvar ved at skifte til en stilling i Esbjerg.

Et antal ministre og nogle topembedsfolk, herunder Statsministeriets og Justitsministeriets departementschefer, der havde deltaget i et afgørende møde i koordinationsudvalget under statsministerens ledelse, pådrog sig ikke et retligt ansvar. Til gengæld kan man vel sige, at statsministeren og hendes parti mistede noget popularitet hos vælgerne. Billedet af det vigtige møde i regeringens koordinationsudvalg stod uskarpt, fordi der ikke var skrevet et officielt referat. Man måtte nøjes med deltageres skiftende evne til at huske suppleret med lidt skriftlige notater taget til notatskriverens eget brug.

JGC halvklarer spørgsmålet om tillid ved at skrive, at en vis mistillid er et demokratisk gode! Javist, men man kan også få for meget mistillid. Tillid til, at forvaltningen behandler borgerne ordentligt og retfærdigt, fører bl.a. til et mere positivt forhold til at betale skat. Tillid giver færre friktioner mellem det offentlige og borgerne. Og hvis ansvaret står klart, når der sker fejl, og de rette påtager sig ansvaret, giver det vel også mere tillid end noget, der af nogle kan tolkes som et blame game?

Bogen konstaterer, at ændringerne af centraladministrationen er sket pø om pø. Uden noget der blot minder om en samlet plan. Jeg mener derfor, at man skulle se på, om ikke ansvarssystemer og procedurer burde følge med udviklingen af "koordineringen". Ministeransvarsloven er fra 1964. Og embedsfolkets bedagede ansvarssystem stammer mest fra en tid med tjenestemænd, som er væk.

Man kan nærme sig spørgsmålet om urent trav i regering og centraladministration på andre måder. Bo Smith-udvalgets undersøgelse indikerede, at op mod en fjerdedel af embedsfolket er parat til at agere ulovligt (Koch og Bischoff, 2018; Bischoff, 2022). Det kom nu ikke overvældende meget til udtryk i Bo Smith-udvalgets rapport. Og JGCs nye bog er blankpoleret for omtale heraf.

Der har været påstande om, at centraladministrationen ikke altid overholder internationale konventioner. Jeg står uden billede af, hvad JGC mener herom.

Uoverskuelighed kan måske i sig selv give problemer? Antallet af ord i lovgivningen er vokset mere end fire gange fra 1989 til 2024 (Christensen, 2024: 101 f.). Trods al snak om afbureaukratisering. Dertil kommer et utal af cirkulærer, cirkulæreskrivelser og vejledninger. Staten regulerer flere og flere områder. Der er kommet ni flere ministerier i det seneste trekvarte århundrede. Og embedsfolket er blevet større. Flere regler kræver endnu flere embedsfolk til at finde rundt i dem. Tilmed arbejdes der ofte hurtigt (for hurtigt?).

JGC har måske ret, når han skriver, at der er kommet mere fokus på at have juridisk ekspertise i ministerierne. Men han dokumenterer det ikke. Forhåbentlig får vi en anden gang en præcis undersøgelse. Med oplysninger om procedurer og ansættelsesvilkår, som giver jurister en tryk position med gode muligheder for at stå fast, hvis en minister eller en topchef presser på for ulovligheder.

Kan forskerne blive bedre til at forklare tillid/mistillid til embedsfolket? Og kan alle vi interesserede dermed få mere sikker viden om, hvad der påvirker graden af tillid? Den type viden burde være tilgængelig. For der findes både i Danmark og mange andre lande tillidsforskning.

## Hullerne og generaliseringer

JGC erkender adskillige gange i autoritativ pluralis majestatis, at der er spørgsmål, ”vi” har svært ved at besvare. Nogle gange bruger han anekdotisk viden for at fylde noget i et videnshul. Bedre end ingenting. Andre gange tyr han blot til en kategorisk virkelighedsantagelse. Eller en fejende generalisering om, at Danmark er et helt normalt centraladministrativt land sammenlignet med nabolande. Det sker mest med henvisning til Storbritannien. Dog uden præcise litteraturhenvisninger. Men alle nabolande har som bekendt systemer med viceministre eller statssekretærer og andre mere eller mindre politisk rekrutterede, som fortsat overstiger Danmarks voksende antal særlige rådgivere. Det er også en kompliceret sag at beskrive nabolandenes ansvarssystemer. De fleste omgivende lande har f.eks. i modsætning til Danmark et mere kollektivt ministeransvar. Ansvarssystemerne er i al fald ikke helt som de danske.

For JGC er embedsfolket demokratiets mellemmænd, der udfylder hullerne i regeringens styring. Dog ikke uden friktioner. Men det går et langt stykke ad

vejen godt. For embedsfolket bekender sig til et ”demokratisk sindelag”. Det er med JGC's eget ord en ”påstand” (Christensen, 2024: 18).



**For JGC er embedsfolket demokratiets mellemmand, der udfylder hullerne i regeringens styring. Dog ikke uden friktioner. Men det går et langt stykke ad vejen godt. For embedsfolket bekender sig til et ”demokratisk sindelag”**

Uden at anfægte at embedsfolket i en eller forstand nok har et demokratisk sindelag, vil jeg dog gerne påpege, at der er det problem, hvis vi vil måle danske embedsfolks demokratiske sindelag, at demokrati er et omtvistet begreb (Held, 2006; Hansen, 2010). Så hvad mener JGC præcist med ”demokratisk sindelag”? Er det nok at tale om ministerlydighed og -loyalitet? Der er vigtige begrænsninger for ministerloyaliteten, som altid bør nævnes i samme åndedrag. Det er overholdelsen af lovlighed, sandhed og faglighed. Desuden er der spørgsmålet om loyalitet overfor det parlamentariske demokrati. JGC går let hen over spørgsmålet om, hvordan embedsfolket forener forventningen om partipolitisk neutralitet med at tjene regering og ministre.

Folketingets partier forsynes i et betydeligt omfang med viden tilvejebragt i ministerierne. I nogle tilfælde i *meget* stort omfang ifølge anekdotisk viden. Jeg mindes, at en ekstremt erfaren minister bramfrit sagde til mig, at ministre kunne bruge den såkaldte champignon-metode til at bringe et kritisk medlem af Folketinget til tavshed. Man overdænger bare medlemmet med en uoverskuelig mængde papir, og folketingsmedlemmet ender med som champignon at stå i *møg og mørke*. Helge Adam Møller, et tidligere folketingsmedlem, sagde i tråd hermed engang, at folketingsmedlemmernes vigtigste arbejdsredskab var papirkurvene, hvis de skulle overkomme arbejdet (*Politiken*, 11.3.2007 med korrektion 13.3.2007). Uanset at papirbesparende deleteknapper i betydeligt omfang har afløst papirkurve, kan jeg ikke lade være med at spørge, om papir- og dokumentkampe er en del af forklaringen på, at centraladministrationen i de seneste 25 år er vokset fra mindre end 30.000 årsværk til omkring 50.000 (Christensen, 2024: 10). For mig er det et åbent spørgsmål, om alle partier har lige god adgang til hjælp fra embedsfolk. F.eks. også i form af uformelle samtaler. Jeg spørger også om, hvor langt embedsfolket må gå for at hjælpe ministre med at bekæmpe oppositionen? Et af de temaer, som forvaltningsforskningen forhåbentligt kunne undersøge nærmere, er, hvor langt den partipolitisk neutralitet egentlig rækker.

Og hvad med hensynene til borgerne? F.eks. venlighed, hjælpsomhed og retvisende information (se Lundquist, 1988). Det kan være vigtige forudsætninger for borgernes velvillige og oplyste demokratiske deltagelse. Der kan efter min vurdering risikeres tillidsproblemer for forvaltningen, hvis ministres popularitet bliver så vigtig for embedsfolket, at informationen bliver misvisende.

Lidt om Skatteministeriet og skatteministre som illustration af, at der kan opstå problemer, hvis et ministerium enøjet arbejder for at øge ministerens popularitet: For embedsfolk er det antagelig en tung opgave at gøre netop en skatteminister populær. Titlen skatteminister blev først indført i Danmark i 1975 (siden har foreløbig 24 båret den, så der har været en del ministertrafik på området). Før den tid var finansministeren også faktisk skatteminister. Finansminister Vilhelm Buhl opfordrede i 1937 skatteyderne til at betale skat med glæde. Formentlig fordi han som tidligere skattedirektør i Københavns Kommune vidste, at den glæde var der ikke altid så meget af. Det er nu nok aldrig helt lykkedes at sprede denne glæde til hvert eneste lille hjem i Danmark. Skatteministeriet kan nok heller aldrig undgå utilfredshed hos nogle skatteydere. Skattesnyderi forsvinder heller ikke så let. Dertil kommer, at skattelovgivningen er indviklet, og der sker også hyppigt lovændringer på dette område. Og problemer på området får let omtale i medierne. Det var på den baggrund en sjældent glædelig overraskelse i Skatteministeriet, at det for mere end 25 år siden lykkedes for Carsten Koch som skatteminister en enkelt gang at komme i top tre i de jævnlige målinger af ministrenes popularitet. Den forbløffende og meget sjældne popularitet for en skatteminister fik embedsfolkene i ministeriet til berusede af begejstring at smykke ministeriet med flag (Knudsen, 2021: 539).

Det er menneskeligt forståeligt, at embedsfolk i netop Skatteministeriet internt kan have brug for en glad dag. Det under jeg dem gerne. Så længe det ikke udvikler sig til psykisk afhængighed af ministersucces. Afhængighed frister til oversælgende charmeoffensiver og utroværdige kampagner. Utroværdighed kan få den modsatte effekt af den tilsigtede, når man forsøger at sprede tillid og glæde.

Ifølge ombudsmandskritik ser det ud til, at Skatteministeriets embedsfolk iver for at hjælpe en skatteminister til at blive populær gik for vidt. Man havde udsendt det glade budskab til boligejerne, at fire ud af fem af dem havde udsigt til lavere ejendomsskat. Men ombudsmanden kritiserede, at der manglede fagligt grundlag for den markedsføring af ministeren. Han mente ikke, at det ”var understøttende for tilliden til de offentlige myndigheder, hvis der ikke foreligger – eller dog genskabes – dokumentation for så væsentlige udmeldte udsagn” (Folketingets ombudsmand, 2.10.2024). Skatteministeriet havde tilsyneladende arbejdet for at gøre ministeren populær uden at have det faglige grundlag i orden. Med til historien hører også, at medierne i meget lang tid forgæves havde søgt aktindsigt for at kunne se nogle beregninger, der viste, hvordan ministeriet var nået frem til det glade budskab. Derfor var sagen endt hos ombudsmanden.



**JGC er selvfølgelig i sin fulde ret til at have en smal og elitær demokratiopfattelse, hvor han ikke forsøger at balancere embedsfolkets ministerlydighed og ministerloyalitet med hensynene til befolkningens tillid til det politisk-administrative**

## system og en bred politisk deltagelse. Men så skriv det venligst klart, hvis det er tilfældet

Kan det være forvaltningens opgave at arbejde for ministrenes succes, også hvis det medfører misvisende information af borgerne? Hvis man mener det, så har man en meget smal opfattelse af demokratiet alene som kamp om regeringsmagten. Når kampen er vundet af et eller flere partier er det alene forvaltningens opgave at gøre sit ypperste til vindernes fordel. Hvis man ikke har en smal og elitær demokratiopfattelse, er det derimod vigtigt, at forvaltningen afvejer ministerloyaliteten overfor hensynet til borgernes rettigheder og hensynet til at give borgerne et oplyst grundlag for demokratisk deltagelse (se f.eks. Lundquist, 1998: 79 ff.). Det ser for mig ud, som om JGC har en ældre elitær demokratiopfattelse, der lidt ligner Max Webers og Joseph Schumpeters (det er derfor også logisk, at JGC i 2013 støttede nogle stramninger i offentlighedsloven. Se i øvrigt også Christensen 2004 for hans anprisninger af den lukkede og politiserende forvaltning). JGC er selvfølgelig i sin fulde ret til at have en smal og elitær demokratiopfattelse, hvor han ikke forsøger at balancere embedsfolkets ministerlydighed og ministerloyalitet med hensynene til befolkningens tillid til det politisk-administrative system og en bred politisk deltagelse. Men så skriv det venligst klart, hvis det er tilfældet.

### Forvaltningen i Max Webers perspektiv

Nogle forandringer af ”embedsfolket” er allerede beskrevet af andre – og ofte i sammenligning med Max Webers berømte bureaukratiske idealtipe. Det er den velkendte omkalfatring af embedsmandsrollen fra klassisk bureaukrat til politisk indlevende politikhjælper, som er foregået det seneste trekvarte århundrede (Knudsen, 1995: kap. 20, Koch og Knudsen, 2014: kap. 3). Man har dermed flyttet sig længere væk fra Webers bureaukratiske idealtipe, skulle jeg mene.

I JGCs omtale af den berømte bureaukratiske idealtipe udelades en del (Christensen, 2024: 11 f., 94 og 173 f.). Faktisk nok det meste. Max Weber tillagde det stor betydning, at embedsmænd med høj ansættelsestryghed kunne arbejde rationelt, det vil sige konsistent og korrekt samt fastholde retssikkerheden *sine ira et/ac studio* – uanset eventuelt pres fra politisk side. Ifølge Webers idealtipe forudsatte det ”eine Laufbahn” (Weber, 1972a (1921): 555). Det tolker jeg som én eneste karrierestige. Som vi for det meste havde det i Danmark, da tjenestemandssystemet dominerede. Weber taler tillige om en ”normalerwiese lebenslänglichlichkeit der Stellung” (Weber, 1972a (1921): 555; Weber, 1972b: 107-57). Og han lagde vægt på beskyttelse mod vilkårlige afskedigelser (Blau, 1968: 26).

Tidligere blev embedsfolk normalt ansat i det enkelte ministerium. Helt uden nærmere analyse af ansættelsespapirer med mere skriver JGC, at de nu er ansat i hele centraladministrationen. Hvornår og hvorfor skete denne ændring? Hvilke konsekvenser har det for magtforholdene?

Det er en gængs læsning af Weber, at springkarrierer og åremålsansættelser ligger længere fra idealtypen end livslang karriere samme sted. Men den 15. august 1975 indgik Finansministeriet en aftale med faglige organisationer, der betød, at ansættelsespapirerne ved fremtidige ansættelser blev udformet, så det blev lettere at flytte politikernære embedsmænd, hvis der opstod utilfredshed med dem. Det er en af de mest oversete, men måske også vigtigste nyere skel i dansk forvaltningshistorie. Siden fulgte oprettelsen af regeringens ansættelsesudvalg i 1977. I samme periode indførtes åremålsansættelser.

I den periode blev grunden lagt til springkarrierer. Her blev grunden også lagt til, at ministre lettere kunne komme af med topembedsfolk, som ikke havde den rette politiske følsomhed. Her blev grunden lagt til, at man til gengæld lagde mindre vægt på ressortspecifikke kvalifikationer.

Meget tyder på, at ændringerne i halvfjerdserne også var en måde at afværge en indførelse af statssekretærer på (Knudsen, 2007: kap. 8). Det var uden tvivl nødvendigt at ændre noget, fordi alt for mange ministre havde svært ved at overskue deres arbejde. Prisen var, at skellet mellem politik og faglighed blev endnu vanskeligere at få øje på.

Weber taler også om, at den idealtypiske bureaukrat er underlagt ”einer strengen Amts *disziplin* und kontrolle” (Weber, 1972a (1921): 127). Jeg læser det sådan, at ansvarsforholdene må være klare. For Weber-læsere betød det faste kompetenceområder (se f.eks. Jespersen, 1996: 39). Jeg er bekymret for, at den tiltagende ”koordinering”, gruppearbejde, springkarrierer og åremålsansættelser tilmudrer ansvarsforholdene og dermed kontrollen af den enkelte embedsperson. Hvor forvitret er hierarkierne egentlig af adhocrati? Jeg kan sagtens se argumenter til fordel for udviklingen. Men jeg har to pointer: Weber, der i øvrigt døde i 1920, kan efter min opfattelse ikke tages til indtægt for udviklingen. Og den anden pointe er, at man kan skabe nye problemer, mens man afbøder de gamle.

Endvidere skal nævnes, at i min læsning lægger Weber ikke op til en individualisering af løndannelsen (Weber, 1972a (1921): 127). Men Weber er svær at læse. Han er blevet taget til indtægt for meget forskelligt. Grønnegård foretager ”cherry picking” i hans værk. Lidt mere exegese kunne ønskes. Ellers er det nok bedre at holde sig fra Weber.

I lyset af Weber er det for mig at se mest operationelle i dagens Danmark at give retschefer med ansvar for retssikkerheden i ministerier høj tryghed i ansættelsen og stærke beføjelser, dvs. dommerlignende status.

## Det ustabile ministerhierarki

JGC hævder, at ”nutidens politikere er langt mere bevidste om deres eget mandat som folkevalgte og den demokratiske legitimitet, det giver dem” (Christensen, 2024: 202). Måske! Men hvad er grundlaget for denne påstand? Jo, regeringsledelsen udarbejder i al fald regeringsgrundlag, inden ministrene

udpeges. Regeringstoppen giver hermed retningslinjer for en del af systemets arbejde. Men retningslinjerne påvirker ikke bare embedsfolket. Det indsnævrer B-ministrenes handlerum. Og B-ministre har ikke deltaget i de forudgående armlægnings om regeringsprogrammer.

I bogen savner jeg mere diskussion af farerne for, at regeringstoppen overbelastes eller bliver for egenrådige. Jeg kan dog ikke sige, at forfatteren slet ikke ser problemet. Men uden systematisk behandling. Og mine forventninger ud fra foromtalen af bogen om at få mere at vide af det, JGC mener at vide om, hvad man tænker og gør i Statsministeriet, er ikke indfrie (se indledningen til denne reviewartikel).

Ret skal være ret. JGC har andetsteds været kritisk overfor, at der kommer stadig flere ministre, ministerier og styrelser (*Weekendavisen*, 6.9.2024). Departementerne har ikke faste former og strukturerne veksler hyppigt (hvor langt ligger de hver især fra Webers idealtipe? Vi mangler analyser). Det får i sig selv koordineringsbehovet til at vokse. Han har også givet udtryk for, at der er en ansvarsproblematik, når beslutningerne samles i toppen af systemet (interview i *Djøf-bladet*, 11.1.2023). Men han har afgrænset sig fra disse temaer i bogen.

Det er velkendt, at ministre og embedsfolk i de centrale ministerier kan bremse fagministres initiativer og bevillingsansøgninger. Men det er stadig som i Minksagen B-ministeren og dennes embedsfolk, der får skylden, hvis fejl og huller i systemet skaber en skandale. Eller en katastrofe. Senest har vi fået en sikkerhedsminister, som ikke sidder i regeringens Sikkerhedsudvalg. Hvilket mandat har denne minister? (Det bemærkes, at jeg andetsteds har set, at JGC er opmærksom på dette spørgsmål).

Selv om det øverste lag af embedsfolk rekrutteres i centraladministrationen, slutter karriererne langt fra altid der. Den nye normal synes at være, at de fleste sidder i få år, og en del derefter får karrierer helt andre steder. Det har rejst debat om, hvor vidt de afgående embedsfolk burde have karantæne for at undgå, at de går videre med fortrolige informationer. De kan desuden forlade en skandalesag uden at skulle stå til ansvar for den. Det er dog ikke noget, der synes at optage JGC.

Departementschefer er ikke de eneste med mange springkarrierer. Finansministeriets embedsfolk er helt generelt et flygtigt folk. De sidder normalt kun et par år, anslår JGC løseligt (Christensen, 2024: 82). Hvem kan f.eks. huske de embedsfolk i Finansministeriet, der for tyve år siden satte skatteområdet på skandalekurs, spørger jeg mig selv?

Der er yderligere et problem med den politiske ledelse og det politiske ansvar, som ikke optager JGC meget: Den tiltagende tendens til at kaste rundt med ministre. Ministerholdbarheden på den enkelte post er faldet i de sidste hundrede år. Nedgangen i ministerstabilitet udhuler løbende den politiske ledelse



og dens politiske og retlige ansvar, som jeg tidligere har beskrevet i Økonomi & Politik (Knudsen, 2024).

Økonomistyringen i Forsvarsministeriet blev næppe ligefrem bedre af 11 ministre fra 2010 til og med den nuværende minister i 2023. I 2022 fik vi den tiende videnskabsminister på 11 år. Ni skatteministre på fem år (2010-2015) bidrog næppe væsentligt til en løsning af Skats problemer. Lignende kavalkader af ministre er set i Transportministeriet, Boligministeriet og Kirkeministeriet. Og ikke alene har der været 18 ligestillingsministre siden 1999. Posten har været kombineret med 15 forskellige andre poster. Ikke underligt at der er kommet anbefalinger af, at embedsfolkene får rulleborde. Generelt foregår der mange flytninger af opgaver, som er svære at forstå som saglige.

Faldet i ministerstabilitet skyldes delvist, at statsministre med tiden er blevet friere til at flytte på ministre efter egne magtbehov. Kongen har ikke blandet sig i ministerudpegningerne siden anden verdenskrig, interesseorganisationer som fagbevægelsen og landbrugsorganisationer blander sig heller ikke længere. Forventningerne om, at en ny minister i forvejen skal kende sit fagområde, er døde. Det gælder også politiske erfaringer som ordfører på det pågældende område. For længe siden kunne det derimod ske, at medier og organisationer klagede over, at en minister ikke kendte sit fagområde. Derfor måtte f.eks. Jens Otto Krag i 1964 vride hjernen, da han ikke stod med en oplagt socialdemokratisk landmand som kandidat til posten som landbrugsminister. For lige siden postens oprettelse i 1896 havde det været utænkeligt at besætte den med andet end en jordbruger. Krag måtte så tage en gartner. Det havde da med jord at gøre.

Og vi skal tilbage til 1975 for at finde den sidste justitsminister i en ubrudt række af jurister siden 1848. Siden har alle poster været åbne for folk uden specielle faglige eller politiske forudsætninger. Statsministre og andre partiledere i regeringen står nu også mere ubundet af deres partiorganisationer, for politiske partier er forvandlet fra massepartier til små professionaliserede og topstyrede markedspartier (Knudsen, 2007, 2020, 2021 og 2023). Gid ministerudnævnelser skulle godkendes af Folketinget efter en høring af ministeremnerne om deres viden og hensigter. Det kunne nok mindske vilkårligheden.

### **Bare Grønnegård nu ikke bidrager til stagnation**

JGC er meget vidende. Dele af bogen kunne måske bruges i en kontekst, der ikke prætenderer at give et forskningsbaseret alment billede af embedsfolket i 75 års centraladministration. Men som helhed er bogen mere en debatbog end forskningsformidling. Det er desværre nødvendigt at tilføje, at end ikke som debatbog fungerer bogen. Forfatteren undlader ofte en nærmere dokumentation, og han undgår helst generende blikke på andre opfattelser end sin egen. Og han behandler ikke en række vigtige spørgsmål i dybden, herunder ulovligheder, faglighed og ansvarssystemer og tillid/mistillid til det offentlige.

Jeg er temmelig sikker på, at han kan gøre det bedre og mere differentieret, i al fald i forbindelse med faglighedsdebatten.

Hvis der er noget, verden har lært de senere år, så er det, at en god debat forudsætter en vis enighed om virkeligheden. Det må forpligte JGC, at han gennem et langt og virksomt arbejdsliv har fået en enestående position som dansk forvaltningspolitologisk nestor, til at gøre det bedre end i denne bog. Opgaven for JGC må næste gang være at skrive en systematisk og velstruktureret bog med overbevisende dokumentation. Det vil være god forskeretik i en publikation, der foregiver at være forskningsformidlende, at klargøre så præcist som muligt, hvad der er baseret på hvilken forskning, hvad der er logisk argumentation, og hvad der er personlige værdier, formodninger, anekdoter, von hörensagen med mere.

➤➤ **Bogen indikerer et behov for debat om, hvorvidt statskundskabsinstitutterne er mere egnede til at uddanne politikere, politiske journalister, lobbyister, opinionsmålere etc. end til at uddanne embedsfolk**

Som bogen fremstår skaber den tvivl om den faglige standard i politologi i almindelighed og i forvaltningspolitologen i særdeleshed, fordi Jørgen Grønnegård Christensen i så høj grad har tegnet dansk forvaltningspolitologi i offentligheden. Bogen indikerer dermed også et behov for debat om, hvorvidt statskundskabsinstitutterne er mere egnede til at uddanne politikere, politiske journalister, lobbyister, opinionsmålere etc. end til at uddanne embedsfolk.

Der er i JGC's bog mange uldne begreber (demokratisk sindelag, koordinering og sagsbegrebet etc.). Bogen bygger på et ikke deklareret demokratibegreb. Men de tilløb til demokratiforestillinger, jeg kan få øje på i den, kan højst samle sig sammen til et smalt, elitært konkurrencedemokrati. Og det er ikke meget, bogen kan meddele os om dansk forvaltningshistorie.

Bogen kan vel vække lidt glæde hos de i embedsfolket, der gerne vil se sig som en del af et demokratisk under. Men den vil næppe interessere journalister eller oppositionspolitikere. Den er heller ikke god folkeoplysning med faktuel præcision. Jeg ser ikke for mig, at mange vil kaste sig videbegærligt over den på højskoler og i studiekredse eller i hjemmene landet over. En mere problemorienteret bog, som viste dilemmaer og modsætninger i det politisk-administrative system, ville efter min vurdering være langt mere nyttig til oplysning og undervisningsformål.

➤➤ **Ikke at jeg vil afvise, at Danmark er et af klodens bedre samfund, hvis vi forsøger at måle på velstand, korrupsion og meget andet. Men vi har mange problemer og udfordringer i centraladministrationen og andre steder. Skulle forskere ikke**

## koncentrere deres begrænsede muskler om problemerne og deres løsning?

Ikke at jeg vil afvise, at Danmark er et af klodens bedre samfund, hvis vi forsøger at måle på velstand, korrupsion og meget andet uden dog at glemme, at Transparency International kun har en primitiv indikator for graden af korrupsion. Men vi har mange problemer og udfordringer i centraladministrationen og andre steder. Skulle forskere ikke koncentrere deres begrænsede muskler om problemerne og deres løsning?

JGC har faktisk til allersidst i bogen et lille konstruktivt forslag. Han foreslår flere råd i stil med Det Økonomiske Råd og Klimarådet m.fl. Det vil bidrage ”til at holde fagligheden oppe”. Det kan også give faglig pluralisme. Og give Folketinget nogle bredere beslutningsgrundlag. Forslaget er værd at overveje. Men husk lige, at det dokumenttyngede Folketing, som ifølge flere medlemmer er dysfunktionelt, trænger til bedre arbejdsvilkår. Der har i mindst 40 år været klager over dårlige arbejdsvilkår for folketingsmedlemmer (Knudsen, 2007: kap. 6). F.eks. over at regeringen presser lovforslag hurtigt igennem trods erklæringer om ikke at ville gøre det. Adskillige folketingsmedlemmer er som bekendt også blevet syge af stress. Så måske er der også her behov for reformer. Herunder at gøre det lettere for mindretal at få sat undersøgelser i gang. Tænk for eksempel til inspiration på den række af undersøgelser, der er blevet gennemført i Storbritannien af deltagelsen i Irak-krigen trods det, at landet har et toparti-system. Og som antydnet i det foregående kunne der nok være behov for reformer andre steder i det politisk-administrative system for at gøre det tidssvarende. Herunder regeringssystemet og ansvarssystemerne for både ministre og embedsfolket. Og der er tilsyneladende bred enighed om, at offentlighedsloven burde ændres. Der er nok at tage fat på for politikere, embedsfolk og forskere.

### Referencer

- Blau, Peter M. (1968), *Bureaukratiet i det moderne samfund*, Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.
- Bischoff, Carina Saxlund (2022), “Between a rock and hardplace: Balancing the Duties of political Responsibility and Legality in the Civil Service”, *Public Administration*, 101(4): 1481-1502.
- Bogason, Peter (red.) (2000), *Stat, forvaltning, samfund efter 1950*, Jurist- og Økonomforbundets Forlag.
- Christensen, Jørgen Grønnegård (2005), ”Brecht og den gode embedsmand”, i Karsten Ronit og Rothstein (red.) *Den politiske forvaltning*, Forlaget Politiske Studier, pp. 30-59.
- Christensen, Jørgen Grønnegård m.fl. (2018), ”Hvordan undersøger man samspillet mellem ministre og embedsmænd”? *Politica*, 50(1): 99-103.
- Christensen, Jørgen Grønnegård (2024), *Embedsfolk*, Djøf Forlag.
- Dybvad-udvalget (2023), *Bedre samspil mellem Folketing, regering, embedsværk og medier*.
- Hansen, Mogens Herman (2010), *Demokrati som styreform og ideologi*, Museum Tusulanums Forlag.
- Held, David (2006), *Models of Democracy*, Polity Press.
- Jespersen, Peter Kragh (1996), *Bureaukratiet – magt og effektivitet*, København: Jurist- og Økonomforbundets Forlag.
- Knudsen, Tim (1995), *Dansk statsbygning*, København: Jurist- og Økonomforbundets Forlag.
- Knudsen, Tim (2000), *Dansk forvaltningshistorie II*, København: Jurist- og Økonomforbundets Forlag.
- Knudsen, Tim (2004), ”Fergo og fanden”, i Jens Blom-Hansen m.fl.: *Politisk ukorrekt*, Aarhus Universitetsforlag: 9-35.
- Knudsen, Tim (2007), *Fra folkestyre til markedsdemokrati*, Akademisk Forlag.

- Knudsen, Tim (2020), *Statsministeren bd. 1-3*, Samfundslitteratur.
- Knudsen, Tim (2021), *Statsministeren bd. 4*, Samfundslitteratur.
- Knudsen, Tim (2023), *Statsministeren bd. 5*, Samfundslitteratur.
- Knudsen, Tim (2024), "Statsministermagt har skabt sju-skede ministerrokader", *Økonomi & Politik*, (97)1: 127-38.
- Koch, Pernille Boye og Tim Knudsen (2014), *Ansvarer der forsvandt*, Samfundslitteratur.
- Koch, Pernille Boye og Carina Saxlund Bischoff (2018), "Laster og dyder i embedsværk og forskning - en metodekritisk analyse af Bo-Smith-udvalgets undersøgelser af embedsværkets overholdelse af regler og normer", *Politica*, 50(1).
- Loft, Jep og Peter Harder (2021), *Ledelse på afveje - når magt og indsigt skilles ad*, Gads Forlag.
- Loft, Peter og Jørgen Rosted (2016), *Hvem har ansvaret?*, Gyldendal.
- Lundquist, Lennart (1971), *Förvaltningen i det politiske systemet*, Studentlitteratur.
- Lundquist, Lennart (1987), *Implementation Steering*, Studentlitteratur Chartwell-Bratt.
- Lundquist, Lennart (1988), *Byråkratisk etik*, Studentlitteratur.
- Lundquist, Lennart (1998), *Demokratins väktare*, Studentlitteratur.
- Nielsen, Peter Heyn (2020), "Ledelse og koordination i danske regeringer fra 1848 til i dag", *Historisk Tidsskrift*, 12(2): 407-45.
- Nissen, Christian S. (2009), "Minister-departementschef. I grænsefeltet mellem politik og forvaltning", i Christian S. Nissen (red.), *På ministerens vegne*, Handelshøjskolen Forlag.
- Tamm, Ditlev (red.) (2000), *Dansk forvaltningshistorie I*, Jurist- og Økonomforbundets Forlag.
- Weber, Max (1972a (1921)), *Wirtschaft und Gesellschaft*, J.C.B. Mohr (Paul Siebeck) Tübingen.
- Weber, Max (1972b), *Makt og byråkrati*, Gyldendal Norsk Forlag.
- Østrup, Finn, Jørgen Jørgensen og Jesper Zwisler (2020), *Fornyelse eller kollaps?*, Samfundslitteratur.

# Danske byer i krigszonen. Guldborgsund Kommunes erfaringer med bysamarbejde i Ukraine

Den ustyrlige sundhed

*Danske byer samarbejder med ukrainske byer i diverse twinningprojekter. Arbejdet i Ukraine hører uden sammenligning til blandt de vanskeligste internationale aktiviteter, nogen dansk by nogensinde har deltaget i. Det skyldes naturligvis, at samarbejdet finder sted i en situation, hvor Ukraine er under militært angreb fra Rusland. Aldrig tidligere har danske byer tilbudt at løse kapacitetsopbyggende opgaver i udlandet under omstændigheder, der bedst*

*kan betegnes som en undtagelsestilstand. Dermed bevæger de danske byer sig ind på uprøvet udenrigspolitisk territorium. I Danmark er det Guldborgsund Kommune, der har høstet flest erfaringer med twinningprojekter i Ukraine. Guldborgsund Kommune har dermed gjort sig nogle erfaringer, som andre danske kommuner, der er på vej til Ukraine, kan drage nytte af.*

Danske kommuners internationale engagement er bredt. Det involverer en række forskelligartede initiativer som eksempelvis venskabsbysamarbejde, grænseoverskridende projektsamarbejde, strategiske partnerskaber, deltagelse i grænseoverskridende bynetværk og andet. Det er ikke alle kommuner, der arbejder lige meget internationalt. Nogle kommuner har stort set fravalgt det grænseoverskridende arbejde. Andre kommuner har et meget omfattende og langvarigt repertoire af internationale relationer (Marcussen, 2021, 2022, 2023a).

Relationen til Ukraine adskiller sig på mange måder fra de øvrige internationale aktiviteter. I forlængelse af Ruslands invasion af Ukraine den 24. februar 2022 blev de fleste kommuner direkte eller indirekte berørt. Det gjorde de af flere årsager. For det første fordi den danske stat iværksatte en række sanktioner mod Rusland. Dette havde også betydning for kommunerne, hvor man måtte tage stilling til, om allerede etablerede relationer til Rusland kunne fortsætte. Der var kommuner, der havde investeret nogle af kommunens opsparede midler i fonde relateret til Rusland. Der var kommuner, der var vært for kultur- og idrætsarrangementer med deltagelse af russiske statsborgere. Og der var kommuner, der havde russiske venskabsbyer.

For det andet blev det hurtigt klar, at også Danmark måtte træde til som vært for en stor mængde af fordrevne ukrainere, der ikke længere kunne opholde sig i Ukraine. Mindre end en måned efter den russiske invasion af Ukraine vedtog Folketinget "Lov om midlertidig opholdstilladelse til personer, der er fordrevet fra Ukraine" (lov nr. 324 af 16. marts 2022). Den gav ukrainerne mulighed for at få midlertidig opholdstilladelse uden videre diskussion. Disse ukrainere skulle nu modtages på bedst mulige måde i de danske kommuner.

**MARTIN MARCUSSEN**

Professor, Institut for  
Statskundskab, Københavns  
Universitet,  
mm@ifs.ku.dk

For det tredje opstod der i den danske befolkning et meget stort ønske om at hjælpe, hvor det var muligt. Det var et ønske man tydeligt mærkede i byråds-salene rundt omkring i Danmark. Der blev hejst et ukrainsk gul-blåt flag foran rådhusene, der blev igangsat indsamlinger og organiseret solidaritetsengagementer. En sådan opmærksomhed var aldrig tidligere tilgået noget internationalt samarbejde, som kommunerne var engageret i. Normalt var kommunens internationale aktiviteter udelukkende noget, som en lille skare af berørte og engagerede personer, institutioner og erhvervsliv var involveret i. Men ikke i dette tilfælde. Kommunalpolitikere kunne ikke undgå at mærke, at her var der tale om en international udvikling, der direkte berørte danskerne på en meget dybtfølt måde.

For det fjerde adskilte den ukrainske relation sig fra tidligere internationale relationer ved, at regeringen direkte og meget utvetydigt signalerede, at kommunerne ikke bare kunne, men også skulle, udvise internationalt engagement. Både Folketinget og regeringen stod helt og holdent bag et ønske om, at de danske kommuner tog stilling til det, der i bund og grund var et udenrigspolitisk anliggende. Det blev hurtigt klart, at rammerne for, hvad en kommune kunne foretage sig på det udenrigspolitiske område, blev udvidet (Marcussen, 2023b).

## Guldborgsund Kommunes indgang til Ukrainesamarbejdet

### **Opstarten: kontakten fra Udenrigsministeriet**

Guldborgsund Kommune er den kommune i Danmark, der har længst erfaring med at samarbejde med ukrainske kommuner. Odense har haft Kyiv som venskabsby siden 1989, ligesom Aarhus har været venskabsby med Lviv siden 2007. Men ingen af disse to venskabsbyrelationer har i realiteten haft et indhold i de seneste mange år. Godt nok har Guldborgsund Kommune aldrig haft en venskabsby i Ukraine, men da Udenrigsministeriet tilbage i foråret 2020 henvendte sig direkte til kommunen med henblik på at forhøre sig om, hvorvidt det kunne have interesse at spille ind som aktiv part i et EU-program kaldet U-lead, var der egentlig ikke så meget at betænke sig på.

U-lead er et EU-orkestreret program, der er finansieret af blandt andet Danmark (se tekstboks 1). Formålet med U-lead var og er at understøtte en lokal kapacitetsopbygning, der med tiden skulle sikre en større lokal autonomi og borgerinddragelse. Et middel til dette er at etablere U-lead-kontorer rundt omkring i alle Ukraines regioner. Et andet middel er at skabe twinninglignende forbindelser mellem kommuner i EU og kommuner i Ukraine.

Tilbage i 2020 havde U-lead endnu ikke medført direkte kommune til kommune-samarbejder mellem ukrainske kommuner og kommuner i EU-lande. Da Udenrigsministeriet henvendte sig til Guldborgsund Kommune i foråret 2020, var det mest for at afprøve konceptet. Et slags pilotprojekt.

## Tekstboks 1: U-lead

Med naboskabsprogrammet 2017-21 blev fokus for den danske reformindsats i Østeuropa indsnævret til Ukraine og Georgien. Over fem år skulle investeres 476 millioner kroner i Ukraine heraf 40 millioner kroner på decentraliseringsinitiativer. De fleste af disse penge blev ført til Ukraine via EU-programmet U-lead ("Ukraine – Local Empowerment, Accountability and Development Programme"). Her var det især de svenske og tyske udviklingsorganisationer, der i praksis stod for at opbygge en understøttende infrastruktur i hele Ukraine, bl.a. bestående af et U-lead-center i samtlige ukrainske regioner. I samarbejde med ukrainske myndigheder på nationalt, regionalt og lokalt niveau skulle de mange U-lead-centre bidrage til kapacitetsopbygning af ukrainske kommuner. Det handlede om at understøtte lokalforvaltningernes arbejde med at udvikle effektive, ansvarlige og gennemsigtige forvaltninger med øget inddragelse af de lokale befolkninger.

En midtvejsevaluering i 2019 konkluderede, at mere kunne gøres for at inddrage flere danske aktørgrupper i naboskabsprogrammet. For den del af indsatsen, der handlede om decentraliseringsreformer i Ukraine, ville det således være relevant at forsøge at engagere udvalgte danske kommuner i såkaldte twinningsamarbejder.

Guldborgsund har i flere årtier hørt til blandt de danske kommuner, der i størst udstrækning har gjort sig bemærket i det internationale arbejde. Kommunen har gennem årene opbygget et ganske stort og solidt repertoire af internationale samarbejdsprojekter, der stort set dækker hele Østersøen og Nordtyskland og mere til. Skulle man pege på en dansk kommune, der i forvejen både havde solid erfaring med forskellige typer internationalt samarbejde, som havde leveret resultater det ene år efter det andet, og som naturligt havde sin interesse rettet sydover og østover, så er Guldborgsund Kommune et godt valg.

Over årene har man i Guldborgsund Kommune udviklet nogle principper og kriterier for, hvilke internationale projekter man ville engagere sig i. I byrådet har der kontinuerligt været opbakning til, at kommunen skal søge eksterne samarbejdspartnere og fonde, ikke mindst fordi det er disse kontakter, der kan bidrage til at gøre kommunen synlig og attraktiv. Måske kan en solid international tilstedeværelse endda bidrage til, at der i større udstrækning tiltrækkes ressourcer af forskellig art. Guldborgsund tilhører kategorien af yderkommuner, der for længst har erkendt, at udvikling ikke kommer af sig selv. Det er noget man må kæmpe for. Og her er internationalisering ét middel blandt andre. Der er for længst formuleret en international strategi, der har fokus på kommunal udvikling på en lang række områder. Der er endvidere etableret et internationalt kontor, der er placeret lige op og ned ad borgmesterens og kommunaldirektørens kontorer. Hvert år afrapporteres resultaterne

fra det internationale arbejde i det samlede byråd, herunder ikke mindst hvor mange EU-midler der er blevet hjemhentet til kommunen.



## Over årene har man i Guldborgsund Kommune udviklet nogle principper og kriterier for, hvilke internationale projekter man ville engagere sig i

Selvom Guldborgsund Kommune er blevet en kendt og respekteret international kommune, der ofte opsøges af andre danske og udenlandske kommuner med henblik på sparing og vidensoverførsel, så var kontakten fra Udenrigsministeriet i 2020 ikke hverdagskost. Kommunens internationalisering var ikke først og fremmest realiseret gennem et tæt samarbejde med det danske diplomati. De eksterne parter har traditionelt været Greater Copenhagen EU-office i Bruxelles, der står som indgangen til de fonde og projekter, der administreres af EU-Kommissionen, især interreg-projekter. Også bilaterale kontakter med byer spredt ud over Østersøen har været vigtige, ligesom det har været centralt for kommunen at indgå i forskellige typer internationale bynetværk. Samlet arbejder Guldborgsund Kommune med mere end 200 forskellige partnere i 19 forskellige lande (Guldborgsund Kommune, 2022). Men blandt alle disse forskellige kontaktoverflader har Udenrigsministeriet traditionelt ikke spillet den store rolle (Marcussen, 2024).

Tilbuddet fra Udenrigsministeriet var dog også usædvanligt. Normalt indebærer internationalt samarbejde, at kommunerne selv skal oppebære de omkostninger der er forbundet med at søge finansiering og også efterfølgende skal medfinansiere gennemførelsen af projekterne. Men samarbejdet med Udenrigsministeriet er anderledes. Ministeriet har allerede pengene klar til brug, og det forventer ingen medfinansiering. Desuden vil et samarbejde indebære, at Guldborgsund Kommune skulle deltage i afsøgningen af, hvem man ville samarbejde med i Ukraine, og hvordan man konkret ville gennemføre dette samarbejde. Sammenlignet med de vilkår, man var vant til i Guldborgsund Kommune, var Udenrigsministeriets tilbud ganske nemt at takke ja til. Der var oven i købet knyttet et overhead til projektet.

I Guldborgsund Kommunes internationale strategi udlægges nogle principper for det internationale samarbejde. Over årene er man blevet stadig mere bevidst om, hvilke typer internationale samarbejder der bidrager mest til kommunens udvikling på forskellige områder. De gode og dårlige erfaringer, der var blevet høstet, har tilsagt, at alle internationale projekter direkte skal bidrage til kommunens udvikling. En sandsynliggørelse af denne direkte lokale effekt har traditionelt været en betingelse, der skulle være opfyldt før kommunen kunne forsvare at investere skatte kroner i arbejdet. Guldborgsund er ikke på nogen parametre en velhavende kommune. Det er en typisk landkommune i Danmark. I praksis har dette betydet, at Guldborgsund Kommune ikke kaster sig over hvad som helst. Man har skullet tænke sig godt om. Alle internationale projektidéer screenes meget grundigt med henblik på at



realitetsvurdere fordele og ulemper. Kan det, eller kan det ikke, betale sig for kommunen på kort eller lang sigt? Hvis der ikke kan svares positivt på dette spørgsmål, takker kommunen pænt nej tak. Til gengæld kan kommunen love, at hvis man først har sagt ja til at deltage i et internationalt samarbejdsprojekt, så er kommunen fuldt og helt engageret i projektets realisering fra start til slut.

Disse standardovervejelser blev selvfølgelig også bragt i spil i forhold til Udenrigsministeriets foreslåede samarbejde. Imod samarbejdet talte, at Guldborgsund ikke umiddelbart kunne se et selvstændigt udviklingsperspektiv i at vidensoverføre til en eller flere ukrainske kommuner. Det var der heller ikke ret mange andre danske eller europæiske kommuner, der kunne før Ruslands invasion i februar 2022. Danske kommuner – eller universiteter, erhvervslivet, foreninger etc. – stod bestemt ikke i kø for at engagere sig i Ukraine. Landet havde før invasionen i 2022 et halvdårligt ry. Det handlede om, at der var betydelige udfordringer med korrupsion i landet. Det handlede også om, at der ikke var helt åbenlyse erhvervsmæssige perspektiver i samarbejdet, og kulturelt var der måske heller ikke det store match.

For at indlede et samarbejde med ukrainske byer talte imidlertid, at det konkrete treårige projekt ikke ville komme til at koste Guldborgsund Kommune noget. Alle udgifter ville være dækket ind. For det andet kunne man betragte et samarbejde med ukrainske kommuner som en mulighed for at fagudvikle og inspirere medarbejdere i Guldborgsund Kommune. Samarbejdet ville i alle tilfælde indebære, at forvaltningen og kommunens institutioner skulle møde deres kolleger i Ukraine under nogle meget anderledes og måske mere spændende omstændigheder end de var vant til. Endelig, for det tredje, var det en del af overvejslen, at Guldborgsund Kommune med dette foreslåede samarbejde kunne etablere en relation til Udenrigsministeriet som måske senere kunne føre andet og mere med sig. Kommunen har allerede etableret sig med et solidt og pålideligt renommé rundt omkring i kommunale kredse i ind og udland. Nu var der måske en mulighed for at etablere sig som en effektiv samarbejdspartner med Udenrigsministeriet. Samarbejdet i Ukraine kunne ses som en adgangsbillet til helt nye muligheder fremover. Der kunne, med andre ord, gemme sig et betydeligt brandingpotentiale i et Ukraineprojekt.

### ***Operationaliseringen: kontakten med U-lead***

Spørgsmålet der nu skulle afklares var, hvordan samarbejdet med de ukrainske kommuner konkret skulle finde sted. Det lå i projektet, at Guldborgsund skulle række ud til ikke bare én, men flere kommuner i Ukraine. Der var flere muligheder. Én mulighed var at vælge et udsnit af kommuner, der repræsenterede flere forskellige geografier i det store land. Nogle i det østlige Ukraine, nogle i det centrale Ukraine og atter andre i den vestlige del af landet. Projektets skulle i så fald holdes oppe af et inklusionsprincip. Alle ukrainske kommuner skulle i princippet kunne kvalificere sig til at komme med, og måske ville der endda opstå muligheder for at etablere konstruktive kontakter på tværs i det ukrainske kommunemiljø.

En anden mulighed var at fokusere på kommuner, der var nogenlunde samlet geografisk. De praktiske fordele ved denne model var betydelige. Det ville lette møde- og rejseplanlægningen, hvis der var tale om, at nabokommuner i Ukraine skulle deltage. Det vil også lette mobiliteten, hvis der i det store land blev udvalgt samarbejdskommuner, der lå tættest på Danmark. I betragtning af projektets økonomiske grænser var det den sidste model, der blev besluttet. Ni kommuner fra tre nabo-oblater i den sydvestlige del af landet blev udvalgt som samarbejdspartnere – Ivano-Frankivsk oblast, Chernivsti oblast og Zarkarpattia oblast – med grænser til Polen, Slovenien, Ungarn, Rumænien og Moldova (Guldborgsund Kommune, 2024a; figur 1). Målet var at identificere de kommuner, som udtrykte den største vilje til samarbejde, og som på flere punkter lignede Guldborgsund Kommune. Dermed var de første skridt i samarbejdet taget, og de første møder kunne organiseres.

Figur 1: Guldborgsunds tre samarbejdsoblaster i Ukraine 2020



Note: Det med gråt skraverede indikerer de områder, der i 2020 var direkte eller indirekte besat af Rusland.

### **Samarbejdet indholdsfyldes: kontakten med de ukrainske kommuner**

Sammen med de nye ukrainske samarbejdsbyer skulle der nu etableres en struktur for samarbejdet og naturligvis et indhold. En styregruppe bestod af borgmestrene fra én kommune i hver af de tre regioner samt borgmesteren i Guldborgsund. Formandskabet blev delt mellem en dansk og en ukrainsk borgmester. U-lead og den danske ambassade i Kyiv blev inviteret med som observatører. Sekretariatsbetjeningen tog de to medarbejdere i Guldborgsund Kommunes internationale kontor sig af med assistance fra U-lead.

Arbejdsplanen kom til at stå på tre ben: Et ben skulle belyse relationen mellem de kommunale myndigheder og borgerne. Et andet ben havde fokus på relationen mellem de kommunale myndigheder og det lokale erhvervsliv. Endelig skulle et tredje ben omfatte de samarbejdsrelationer, der nyttigt opstår mellem nabokommuner. Udgangspunktet var, at der for hver af disse ben skulle organiseres et antal delegationsbesøg i Guldborgsund Kommune, der så forpligtede sig til at sammensætte et relevant program. I processen skulle involveres en lang række forskellige aktører fra foreningslivet, erhvervslivet, forskellige grene af kommunalforvaltningen. Der skulle også være plads til, at embedsfolk og lokalpolitikere fra Guldborgsund Kommune besøgte samarbejdsbyerne i det sydvestlige Ukraine.

Arbejdsplanen var på plads. På alle punkter opfyldte det etablerede twiningsamarbejde formålsbeskrivelsen i U-lead. Det blev et treårigt projekt designet til at understøtte ”Local Empowerment, Accountability and Development”. I forberedelserne havde Guldborgsund Kommunes internationale kontor lyttet til, hvilke ønsker til samarbejdet der blev udtrykt af samarbejdsbyerne i Ukraine. Disse ønsker var så holdt op imod den kapacitet, man realistisk kunne mobilisere i Guldborgsund Kommune. Det internationale kontor havde løbende indhentet opbakning til samarbejdet i både byråd og direktionen, ligesom repræsentanter for de relevante dele af forvaltningen var blevet involveret. Der var tale om et reelt samskabelsesprojekt. Alle relevante aktører var blevet inddraget og taget i ed. Der var skabt medejerskab til samarbejdet. De ukrainske kommuner skulle få en totaloplevelse af en moderne og veldrevet dansk kommune – vel at mærke på et niveau, hvor det ville fremstå som praktisk muligt at udtage læring til direkte brug i en ukrainsk kontekst.

Da projektet var på plads med struktur og administration, skulle man lære hinanden at kende. Man valgte, at Guldborgsund Kommune og de ukrainske kommuner skulle besøge hinanden på en onlinestudietur. Eksempelvis blev der produceret en video, der på forskellige måder præsenterede Guldborgsund Kommune. Den præsenterede rådhuset i Nykøbing-Falster og borgmesteren, men også landskabet, Lolland og Falster, og ikke mindst borgerne på sydhavsøerne. Budskabet i videoen havde flere lag. På det øverste niveau signalerede den, at Guldborgsund Kommune var et dejligt sted, som man kunne lære noget af. Forvaltningen fungerer, politikerne er tilgængelige, erhvervslivet trives, og borgerne er glade. På et dybere niveau var formålet at signalere, at kommunen gerne ville møde de nye samarbejdskommuner dér, hvor de var. Videoen skulle med vilje ikke udføres professionelt. Det var kommunens egne medarbejdere, der havde haft det sjovt med at lave denne video. Den skulle signalere, at de var amatører – rigtige mennesker, der gerne ville møde andre, der lignede dem selv. Videoen skulle tænkes professionelt, men signalere noget jordnært og oprigtigt. På samme måde lavede hver af de ukrainske kommuner en onlinestudietur for Guldborgsunds politikere og de medarbejdere, der var planlagt at skulle deltage i det fremtidige samarbejde.

## **Samarbejdet tilpasses: først corona, så krig**

Der gik ikke længe, fra planerne var præsenteret, godkendt og underskrevet, til det hele måtte tages op til revurdering. Først var der coronakrisen, som varede meget længere, end nogen havde troet. Den satte effektivt en stopper for alle tanker om fysiske møder. I Guldborgsund måtte man træffe en konsekvensbeslutning. Det kunne ikke komme på tale at aflyse projektet. Var man først engageret i et projekt, havde man også til hensigt og en forpligtelse til at gennemføre på den ene eller den anden måde. Fra ukrainsk side blev der ligeledes udtrykt et stærkt ønske om at bibeholde ambitionen om at føre projektet ud i livet på den ene eller den anden måde. Den mulighed, der bød sig til var at overføre de fysiske møder til en digital platform. Det var så også den løsning, man besluttede sig for.

Da krigen brød ud i lys lue i februar 2022, stod det klart, at nu var spillereglerne igen helt ændret for projektet. Det spørgsmål man stillede sig selv i Guldborgsund Kommune var, om de ukrainske samarbejdspartnere – på grund af de ulykkelige omstændigheder, der krævede fuld opmærksomhed – stadig ville have interesse i at samarbejde om kapacitetsopbygning. I Guldborgsund udtrykte man sin fulde sympati for de ukrainske samarbejdspartnere og hørte til blandt de første kommuner i Danmark, der hejsede et ukrainsk flag foran rådhuset, og som tilbød indlogering til de ukrainske flygtninge, der måtte dukke op (Folketidende, 2022a, 2022b). De ukrainske samarbejdskommuner var klare i deres svar: Det var mere nødvendigt nu end nogensinde tidligere, at de ukrainske kommuner opbyggede stærke og forpligtende fællesskaber med kommuner i Europa. Guldborgsund Kommunes ni samarbejdskommuner kunne ikke understrege kraftigt nok, hvor vigtigt dette samarbejde nu var blevet.

Det afgjorde sagen i Guldborgsund. Twinningprojektet skulle gennemføres – med samme formål og om muligt med endnu større engagement fra de deltagende parter. Det første samarbejdstema, der handler om kommunens dialog med og inddragelse af borgerne, blev således afviklet i efteråret 2021 og 2022 i form af seks onlineworkshops og produktionen af to videoer. I maj 2023 opstod muligheden for at invitere en ukrainsk delegation bestående af ni ukrainske kommunerepræsentanter, to U-lead-medarbejdere og en tolk til Lolland-Falster. I hele perioden havde ikke færre end 90 ukrainske repræsentanter fra de ni samarbejdskommuner deltaget. Fra Guldborgsund Kommune deltog 22 fagmedarbejdere fra tre forskellige centre.

Det andet samarbejdstema med fokus på kommunens relation til det lokale erhvervsliv blev gennemført hen over 2023. Tre onlineworkshops blev det til, samt besøg af en ukrainsk delegation med ni kommunerepræsentanter. Samlet deltog 63 ukrainske kommunerepræsentanter i disse aktiviteter.

Det tredje ben med fokus på kommunesamarbejde blev gennemført i efteråret 2023 og foråret 2024. Igen blev der afviklet to onlineworkshops og en studietur i Danmark med deltagelse af ukrainske kommunerepræsentanter.

På tværs af disse mange aktiviteter blev der organiseret en afsending af fødevarerhjælp fra Guldborgsund Kommune til de ni samarbejdskommuner i september 2022. Der blev afviklet delegationsbesøg i Danmark for kommunalpolitikere fra de ni kommuner i juni 2023. Parterne mødtes desuden ved to konferencer i Bruxelles i juni 2023, og endelig var der mulighed for, at en dansk delegation bestående af borgmester og viceborgmester samt medarbejderne fra det internationale kontor i Guldborgsund Kommune kunne aflægge et besøg i to af de tre ukrainske regioner i april 2024. Her kunne de ved selsyn konstatere, at flere af de forandringsprocesser, der fandt sted i samarbejdskommunerne, var inspireret af, hvad man havde set og oplevet i Guldborgsund Kommune. På et styringsgruppemøde i Ukraine i september 2024 blev den afsluttende rapport vedtaget af de deltagende parter (Guldborgsund Kommune, 2024c).

Det stod klart, at de snævre projektmålsætninger på trods af forhindringer undervejs var indfriet til fulde. Men der var også andre afledte effekter af samarbejdet som ikke var beskrevet i forarbejdet. Det var tydeligt, at de ni ukrainske kommuner fra de tre forskellige oblaster med dette U-lead-projekt havde fået etableret et godt og konstruktivt samarbejde med hinanden. Via de mange delegationsrejser og onlinemøder havde man ikke kun lært de danske samarbejdspartnere at kende, man havde også lært hinanden at kende. Dette var en ekstra helt afgørende – uplanlagt – succes, der kom ud af projektet.

### ***Evalueringen: en business case for Guldborgsund Kommune?***

En samlet afrapportering af de mange forskelligartede aktiviteter blev præsenteret for Udenrigsministeriet, U-lead og byrådet hen over sommeren 2024. Der synes ikke at være nogen tvivl om, at de deltagende ukrainske kommuner fik meget ud af samarbejdet. Men hvad fik Guldborgsund Kommune ud af alle anstrengelserne? Selvom projektet havde været uden økonomiske omkostninger for kommunen, havde den på flere måder udfordret kommunalforvaltningen. Fire centre i forvaltningen var involveret, ikke kun det internationale kontor. Alle havde ydet en ekstra indsats for at få dette til at fungere. Det samme gjorde politikerne i byrådet, som støttede op omkring projektet hele vejen igennem.

Men sliddet kom også med gevinster. På ét niveau fik Guldborgsund Kommune cementeret sit rygte som en helt igennem solid og troværdig samarbejdspartner. På trods af coronakrisen og krigstilstande fik kommunen bragt projektet til en afslutning med fuld målopfyldelse. Det er noget, der blev bemærket i Ukraine men bestemt også i Udenrigsministeriet. For det andet fik Guldborgsund Kommune lejlighed til gentagne gange at række ud til og samarbejde med et utal af forskellige aktører i og udenfor Guldborgsund Kommune – også til parter som Guldborgsund ikke tidligere havde samarbejdet med. Det gælder det private erhvervsliv i kommunen, forsyningselskaberne, institutionerne og foreningerne, det gælder også nabokommunerne, Kommunernes Landsforening og mange andre. Dermed var grunden lagt til yderligere samarbejde fremover. For det tredje blev Guldborgsund Kommunes forvalt-

ning involveret hele vejen igennem. Projektet blev styret af det internationale kontor, men inddrog et meget bredt udsnit af de øvrige forvaltningsgrene. I kommunen ser man dette som et middel til at berige de ansattes hverdag med spændende projekter, der rækker ud af huset og kommunen – i dette tilfælde helt til Ukraine. Ukrainesamarbejdet kan ses som et element i moderne personalepleje.

### **De næste skridt: Ukrainefonden**

Det europæiske U-lead-program blev på sin vis overhalet indenom af alle mulige andre Ukraineprogrammer, der blev oprettet i forlængelse af Ruslands invasion af Ukraine i februar 2022. Det gælder programmer, der er forankret i EU, og det gælder nationale programmer, som eksempelvis den danske Ukrainefond.

Ligesom det er tilfældet med de løbende naboskabsprogrammer, administreres Ukrainefonden af det europæiske naboskabskontor (EUN) i Udenrigsministeriet. I modsætning til de andre naboskabsprogrammer er der rigtig mange penge til rådighed via Ukrainefonden. Status per september 2024 er, at Danmark siden krigens start har ydet 54,3 milliarder kroner i bilateral støtte. Hertil kommer Danmarks multilaterale støtte via EU og NATO. Ud af den samlede bilaterale støtte er 4,7 milliarder kroner afsat til civil støtte, hvoraf 152 millioner er afsat til reformindsatser. Det er denne del, der er relevant for de danske kommuner, der arbejder med twinningprojekter i Ukraine.

Hvorfra idéen kom til at opstarte twinningprojekter som en del af de civile genopbygningsindsatser, er uklart. Kommunernes Landsforening pressede ikke på. Her fokuserede man indledningsvist på at vejlede de danske kommuner i at håndtere de mange nye ukrainske tvangsforflyttede borgere i lokalsamfundene. Udenrigstjenesten pressede heller ikke på. Opmærksomheden var rettet helt andre steder hen. Desuden var man ikke i naboskabskontoret vant til at arbejde sammen med kommuner. At kommuner kunne spille en rolle i genopbygningen af Ukraine, lå ikke lige for.

Ikke desto mindre kunne udviklingsminister Dan Jørgensen (S) i juni 2023 præsentere en plan, der ville involvere et udvalg af danske kommuner i genopbygningsarbejdet i Ukraine (Ritzau, 2023). Samtidig blev det aftalt, at KL's analyseenhed, Komponent, skulle varetage den konkrete koordination af dette arbejde.

I første omgang var der ikke mange penge på spil. 10 millioner kroner blev afsat til at få etableret infrastrukturen i Komponent og indkaldt de første ansøgninger. Man havde på forhånd håndplukket nogle kommuner, der på forskellige måder havde vist initiativ i forhold til Ukraine efter invasionen i 2022. Det gjaldt de fire store byer – København, Århus, Odense og Ålborg – og det gjaldt Ikast-Brande. Hurtigt kom Vejle også til, dog uden at have planlagt konkrete projekter. Snart blev det beløb, der er afsat til kommunernes twinningprojekter, fordoblet til 20 millioner kroner.

Mens de øvrige byer var i gang med at idéudvikle konkrete kapacitetsopbyggende projekter med forskellige parter i Ukraine, havde man i Guldborgsund Kommune travlt med at fuldføre det allerede igangværende projekt. Det er på dette tidspunkt, hvor Ukrainefonden for længst er etableret, hvor twinningprojekter for længst er blevet italesat, og hvor Komponent for længst har fået tildelt koordinationsansvaret, at nogen kommer i tanke om, at der er én kommune i Danmark, der allerede har oparbejdet en helt uvurderlig erfaring med kapacitetsopbygning i Ukraine.

Den erfaring Guldborgsund har fået opbygget over en treårig periode handler for det første om, at man ved, hvem det er man samarbejder med (Guldborgsund Kommune, 2024b). Man har personligt mødt parterne op til flere gange og etableret et godt gensidigt kendskab. De øvrige danske kommuner skal i de kommende år først til at etablere denne kontakt og dette kendskab. For det andet har Guldborgsund Kommune oparbejdet en klar viden om, hvad samarbejdsparterne efterspørger, og hvad disse ukrainske kommuner realistisk selv kan bidrage med. Der er mange europæiske kommuner, der byder sig til med assistance, men Guldborgsund Kommune har ved selvsyn erfaret, hvor behovene er. For det tredje har man i Guldborgsund Kommune oparbejdet en klar idé om, hvad man selv kan tilbyde i en så anderledes kontekst som den ukrainske. Forvaltningsgrenene i kommunen, det lokale erhvervsliv, foreningerne og institutionerne har allerede været direkte involveret, og man ved, hvad der er muligt, og hvad der ikke er muligt. Guldborgsund Kommune er, med andre ord, en kommune, der har vist vejen og allerede har leveret resultater i forhold til den dagsorden, der er helt central for det planlagte twinningsamarbejde.

I Guldborgsund Kommune har man klart den opfattelse, at det netop gennemførte U-lead-projekt i Ukraine har været en succes og en god erfaring for kommunen. Det har også været et krævende samarbejde. Gennem Naboskabsprogrammet bliver Guldborgsund Kommune orienteret om det nye twinningprogram, og det vækker straks interesse i kommunen. Men som ved alle andre internationale samarbejdsprojekter er der visse overvejelser, der skal gøres. Eksempelvis var der et udtalt ønske i kommunen om at fortsætte samarbejdet blandt de kommuner i det vestligste Ukraine, hvor man nu havde været i gang i godt tre år.

Man ønskede at bygge oven på alle de erfaringer, man havde gjort sig og udnytte de netværk, som man havde bygget op. Det betød så også, at Guldborgsund ikke havde noget ønske om at starte et nyt samarbejde op i Mykolaivregionen, som var den region, flere af de øvrige danske kommuner skulle arbejde i. Det nye projekt kunne imidlertid ikke blot være en videreførelse af det nu afsluttede kapacitetsopbyggende projekt. Et twinningsamarbejde betyder almindeligvis et direkte samarbejde mellem to kommuner. For at komme tættere på dette koncept blev det aftalt, at Guldborgsund Kommune skulle reducere antallet af ukrainske kommuner fra ni til tre, som så også muliggjorde et mere direkte samarbejde med disse tre kommuner.

Desuden ønskede Guldborgsund fortsat at kunne trække på den omfattende støttende infrastruktur, der allerede er opbygget i relation til U-lead-programmet. Det er opfattelsen i kommunen, at U-lead-organisationen råder over viden om situationen i Ukraine i al almindelighed, men også over viden om situationen ude i de enkelte kommuner. Den viden, som U-lead råder over, er således ikke en viden, Guldborgsund Kommune selv behøver at bruge tid på at tilvejebringe. I praksis betyder dette, at Guldborgsund kan rette den fulde opmærksomhed mod det, som man har fagekspertisen på.

Endelig synes der at være en overvejelse om ikke bare, hvilken type projekt man realistisk set kan byde ind med, men også, hvilket er særligt bemærkelsesværdigt i denne situation, at der er overvejelser om, at projekterne skal have en størrelse, der ikke overstiger kommunens kapacitet. At projekterne ikke skal være større, end det kan styres i kommunen, kan lyde trivielt, men i en situation hvor det er den generelle opfattelse, at der er et afløbsproblem i Ukrainefonden kan det være fristende for mange kommuner at udvikle meget store og dyre projekter. Det gør kommunerne ud fra devisen, at hvis ikke vi byder ind på disse fondsmidler, så er der andre, der får dem. Det er imidlertid ikke en fælde, man ønsker at falde i, i Guldborgsund. Her ved man fra mange års international projektarbejde, at det er lige så stort et problem ikke at kunne bruge de penge, man har til rådighed, som det er at have for få penge til rådighed. Der kommer nemlig en tid efter projektet, hvor regnskabet skal gøres op. Det er her, hvor kommunens renommé som troværdig samarbejdspartner enten kan konsolideres eller falde fra hinanden. Hvis det viser sig, at der er brugt penge, som ikke kan begrundes i sunde og omkostningseffektive aktiviteter, står kommunen med et problem. Skulle der opstå en situation, hvor man har brug for flere midler end dem, man har søgt, så er der også altid den mulighed, at der kan udformes en ansøgning om en tillægsbevilling.

Endelig er det en overvejelse i kommunen om deltagelsen i et twinningprojekt kan risikere at overbebyrde kommunens forvaltning og lokale samarbejdspartnere. Ukrainesamarbejdet har allerede trukket godt og grundigt på vekslerne rundt omkring i de forskellige forvaltningsgrene, og også hos de erhvervsvirksomheder og institutioner, som er trådt til med assistance. Det nye twinningprojekt skal derfor forberedes sammen med de faglige afdelinger på en måde, der ikke forårsager en nedslidning i systemet.

## Hvad kan andre lære af Guldborgsund Kommune?

Samlet set gør Guldborgsund Kommune sig en række overvejelser, som også på et mere generelt niveau kan bidrage til at generere nogle spørgsmål, man med fordel kan diskutere ude i de kommuner – store som små – der byder ind på twinningprojekter i Ukraine.

*Har man et klart og realistisk indtryk af arbejdsbetingelserne i Ukraine?* Der er ikke nogen tvivl om, at den danske regering har fået i opdrag at koordinere arbejdet med genopbygningen af Mykolaiv. Hovedparten af den danske genopbygningsindsats skal rettes mod netop dette kritiske område af Ukra-



ine. Det er også klart, at netop Mykolaiv oblast og by har brug for al den hjælp, der kan mobiliseres. Det er derfor, at den danske udenrigstjeneste har valgt at placere et repræsentationskontor i netop Mykolaiv by. Samtidigt er det også et vilkår, at byen befinder sig i noget, der nærmer sig en permanent undtagelsestilstand. Udfordringerne i området har med helt grundlæggende behov at gøre – sikkerhed, varme, vand og strøm. Det er enorme udfordringer, som de danske kommuner kun meget perifært kan gøre noget afgørende ved. Der er ikke nogen danske kommuner, der ankommer og begynder at grave vandledninger ned, etablerer et ledningsnet for strømforsyningen eller andet i den retning. Faktisk er der ikke rigtig nogen internationale kommuner, der færdes i området i længere perioder af gangen. De udlændinge, der begår sig i Mykolaiv oblast, er professionelle udviklingsarbejdere, sikkerhedsfolk og diplomater. Det er ikke medarbejderen fra den gennemsnitlige danske kommunale forvaltning. Den beslutning, der skal træffes i de danske kommuner, der er involveret i twinningsamarbejde, er naturligvis, om de skal byde ind med projekter dér, hvor behovet er størst, eller dér, hvor det er mest realistisk, at arbejdet faktisk kan gennemføres.

*Har man i kommunen ekspertise til og erfaring med at udvikle og gennemføre twinningprojekter og ikke mindst at bringe dem til vejs ende?* De danske kommuner har organiseret sig ganske forskelligt i arbejdet med twinningprojekterne. Nogle har – ligesom Guldborgsund Kommune – placeret koordinationsopgaven i et internationalt kontor, der har opbygget en årelang erfaring med international projektstyring. Andre har valgt at placere koordinationsarbejdet i borgmesterens kontor, eller i et kontor meget tæt på borgmesteren. Her overdrages opgaven til en af de konsulenter, der har daglig kontakt med kommunens politiske og strategiske niveau. Her har man overblikket over den samlede kommunalforvaltning og kan se tingene lidt på tværs. Men man har typisk ikke nogen erfaring med internationalt projektarbejde. Tiden må vise, hvilken organisationsmodel der viser sig at være mest driftssikker. Fælles for begge modeller er, at de har til opgave at udvikle projekter, varetage kontakten til Komponent og mobilisere de kræfter i kommunen, der skal vække projekterne til live og bringe dem til en succesfuld afslutning. Fælles for begge modeller er endvidere, hvilket er en erfaring, der står stærk i erindring i Guldborgsund, at man med samarbejdet i Ukraine skal være klar til helt grundlæggende at ændre retning og metode, når uventede hændelser opstår. Det kræver en meget stor tilpasningsdygtighed og fleksibilitet.

*Kan man blive fristet til at søge for store projekter?* Samarbejdet med Udenrigsministeriet skiller sig på mange punkter ud fra andet internationalt samarbejde, som kommunerne er engageret i. Med Udenrigsministeriets billigelse skal kommunerne bidrage til gennemførelsen af dansk udenrigspolitik. Projekterne har således et klart politisk fundament. Udenrigsministeriet kommer med alle pengene og lidt til. Dette er ofte en hel ny situation for kommunerne, der ofte selv må tage en udgift og en økonomisk risiko, når der arbejdes internationalt. Endelig så har Udenrigsministeriet behov for, at pengene i Ukraine-fonden kommer ud at arbejde. Gerne hurtigt og gerne effektivt. Tilsammen

stille disse faktorer de medvirkende kommuner i den situation, at de fristes til at tage godt fra. Det vil sige, at de fristes måske til at udvikle projekter, som ikke nødvendigvis ville have været udviklet præcis på denne måde, hvis ikke pengene havde flydt i så rigelige mængder. Man taler om, at der er opstået et afløbsproblem. Eller sagt med andre ord: Der skal bruges mange penge, meget hurtigt, og det problem skal kommunerne hjælpe til med at løse. Dilemmaet, der er opstået for kommunerne i denne situation, er naturligvis at vedblive med at insistere på udelukkende at udvikle projekter, man kan stå inde for, som giver mening for de ukrainske kommuner såvel som for den danske kommune, og som har en realistisk chance for at kunne blive gennemført.

*Har man hele kommunalforvaltningen og andre bidragsydere med sig – hele vejen?* Endelig er der ikke nogen af disse twinningprojekter, der kan udføres alene af de internationale kontorer eller af borgmesterkontorerne. Det ligger i sagens natur, at twinningprojekter inddrager sektoreksperter på en masse forskellige områder. Det kan være sektoreksperter i kommunalforvaltningen, i de kommunale forsyningsvirksomheder, i det lokale erhvervsliv, i foreningerne og institutionerne. Når disse sektoreksperter indrulleres i et twinningprojekt, forholder det sig ofte sådan, at de fortsat skal varetage de opgaver, de plejer at varetage. I praksis forholder det sig ofte på den måde, at det internationale projektarbejde – herunder arbejdsbesøg hos samarbejdskommunerne i Ukraine – udgør en ekstra funktion, der skal varetages ved siden af og oven på de funktioner, der allerede varetages. I mange kommuner vil medarbejderne synes godt om at få muligheden for at arbejde internationalt. Det opfattes flere steder som medarbejderpleje. Spørgsmålet er imidlertid, om det i praksis har denne funktion. Flere forhold kan tale imod. For det første er det ikke befordrende for deltagelse i twinningprojekterne, hvis eksperterne direkte må beordres til at bidrage. For det andet er det ikke befordrende for motivationen, hvis sektormedarbejderne bliver mødt med overdrevne forventninger til, hvad de kan levere. Endelig for det tredje er det aldrig befordrende for entusiasmen, hvis projektarbejdet får et omfang, der langt overstiger de timer, som sektoreksperter på ansvarligvis kan afsætte til at arbejde på bekostning af fritid.

### **Konklusion: Ukraine er ikke for alle**

De danske kommuners arbejde i Ukraine hører til blandt de vanskeligste internationale aktiviteter, nogen dansk by nogensinde har deltaget i. Det betyder også, at de danske byer begiver sig ud i ukendt territorium med de overraskelser – glæder og sorger – som dette måtte indebære. I den situation er der rigtig god grund til at søge inspiration og læring i Guldborgsund Kommunes erfaringer. Siden 2020 har kommunen været involveret i et ambitiøst kapacitetsopbygningsarbejde i Ukraine:



**De danske kommuners arbejde i Ukraine hører til blandt de vanskeligste internationale aktiviteter, nogen dansk by nogen-**

## sinde har deltaget i. Det betyder også, at de danske byer begiver sig ud i ukendt territorium med de overraskelser – glæder og sorger – som dette måtte indebære

For det første skal der være adgang. I tilfældet Guldborgsund Kommune er der etableret en tillidsfuld og effektiv adgang til samarbejdskommunerne i Ukraine. Det er langt fra tilfældet for så vidt angår nogle af de andre ukrainske kommuner, som danske kommuner har udvalgt som deres partnere. Alle byer i og omkring Mykolaiv befinder sig i en særdeles udsat position, hvilket i praksis kan være en alvorlig hindring for twinning.

For det andet er Ukraine ikke for uprøvede kræfter. Guldborgsund Kommunes indsats i Ukraine bygger på en erfaring og ekspertise i internationalt projektarbejde, der har taget årtier at oparbejde. Det er en erfaring, som især kommer til sin ret, når vilkårene for et samarbejde ændres fundamentalt af udefrakommende begivenheder. I et land som Ukraine, der befinder sig i en permanent undtagelsestilstand, er der nærmest garanti for at uforudsete hændelser vil ske.

For det tredje skal projektet passe. I Ukraineindsatsen er efterspørgslen efter assistance til genopbygning og reform nærmest uendelig. Set fra de danske kommuners perspektiv kan det oven i købet forekomme, at bevillingerne til en indsats i Ukraine også er rigelige. En betingelse for, at et projekt kan føre til en succesfuld afslutning, er imidlertid, at projektet i størrelse og indhold også svarer til den kapacitet, som den danske kommune kan håbe på at mobilisere. Overstiger projektet den danske kommunes faktiske evne til at gennemføre projektet, skader det ikke bare samarbejdspartnerne i Ukraine, men det giver også den danske kommune et dårligt renommé.

Endelig for det fjerde handler det om samskabelse. Kapacitetsopbygning i Ukraine kræver, at forskelligartede kompetencer og eksperter bringes i spil. Disse findes typisk ikke hos én myndighed, på ét kontor eller ét center. Typisk vil det være nødvendigt at trække på viden og erfaring fra forskellige dele af de kommunale forvaltningsgrene, på civilsamfundet og erhvervslivet, og det vil være nødvendigt at have lokalpolitikere og sågar de lokale nyhedsmedier med sig hele vejen. Der er tale om meget komplekse reform- og genopbygningsprocesser, som fordrer, at alle gode kræfter stemmer i på én gang.

## Referencer

- Folketidende (2022a), ”Kommune flager for Ukraine”, 28. februar.
- Folketidende (2022b), ”Flere kommuner melder klar til at give husly til krigsflygtninge”, 28. februar.
- Guldborgsund Kommune (2022), ”Rammeplan for internationalt samarbejde 2023-26”, [www.guldborgsund.dk/media/zutkc50j/internationalt\\_samarbejde\\_rammeplan-2023-26\\_final.pdf](http://www.guldborgsund.dk/media/zutkc50j/internationalt_samarbejde_rammeplan-2023-26_final.pdf).
- Guldborgsund Kommune (2024a), ”Status notat. Guldborgsund Kommunes Twinning-samarbejde med Ukraine kommuner 2020-2024”.
- Guldborgsund Kommune (2024b), ”Nyt Ukraine-projekt 2024-2027”.
- Guldborgsund Kommune (2024c), ”Fifth and Final Progress Report for Twinning Cooperation Between Nine

- Ukrainian Municipalities and Guldborgsund Municipality”, 11. september.
- Marcussen, Martin (2021), ”Danske byers internationalisering 2021 – et survey”, Institut for Statskundskab, Københavns Universitet, [https://static-curis.ku.dk/portal/files/257364910/Danske\\_byers\\_internationalisering\\_Marcussen\\_final\\_25.02.21.pdf](https://static-curis.ku.dk/portal/files/257364910/Danske_byers_internationalisering_Marcussen_final_25.02.21.pdf)
- Marcussen, Martin (2022), ”Danske byers internationalisering 2022 – et survey”, Institut for Statskundskab, Københavns Universitet, [https://static-curis.ku.dk/portal/files/298386868/Danske\\_byers\\_internationalisering\\_2022\\_Marcussen\\_28.01.2022\\_finalfinal.pdf](https://static-curis.ku.dk/portal/files/298386868/Danske_byers_internationalisering_2022_Marcussen_28.01.2022_finalfinal.pdf)
- Marcussen, Martin (2023a), ”Danske byers internationalisering 2023 – et survey”, Institut for Statskundskab, Københavns Universitet. [https://static-curis.ku.dk/portal/files/344812942/Marcussen\\_Internationaliseringsurvey\\_2023\\_final\\_26.\\_april\\_2023.pdf](https://static-curis.ku.dk/portal/files/344812942/Marcussen_Internationaliseringsurvey_2023_final_26._april_2023.pdf)
- Marcussen, Martin (2023b), ”De danske byer som udenrigspolitiske aktører i Ukraine”, Økonomi & Politik, 96(4): 113-33.
- Marcussen, Martin (2024), ”Udenrigstjenesten og kommunerne – et samspil under udvikling”, Økonomi & Politik, 97(1): 139-55.
- Ritzau (2023), ”Danske kommuner vil hjælpe ukrainske kommuner”, 23. juni.
- Udenrigsministeriet (2016), ”Strategic Framework for the Danish Neighbourhood Programme 2017-2021”, Strategic-Framework-DANEP.pdf (<https://um.dk/-/media/websites/umdk/danish-site/danida/lande-og-regioner/documenter/strategic-framework-danep.ashx>)
- Udenrigsministeriet (2018), ”Oversigt over indsatser i Ukraine”, Oversigt-over-indsatser-i-Ukraine, <https://um.dk/-/media/websites/umdk/danish-site/danida/lande-og-regioner/documenter/oversigt-over-indsatser-i-ukraine.ashx>.
- Udenrigsministeriet (2022), ”Strategisk ramme: Danmarks partnerskab med de østlige nabolandslande 2022-26”, januar.

# Kapitalisme og bæredygtig omstilling

Den ustyrlige sundhed

Anmeldelse af: Birger Steen Nielsen (2024), *Vækstparadigmet ved vejs ende – Klimakrise, kapitalisme og den store omstilling*, Frydendal, 471 sider.

Som bekendt befinder vi os som samfund i en brydningstid, hvilket ikke mindst hænger sammen med de eskalerende, menneskeskabte klimaforandringer og undermineringen af vores og andre skabningers naturgrundlag. Selvom der overordnet set er konsensus om, at en bæredygtig omstilling er helt nødvendig, så er der samtidig vidt forskellige opfattelser af, hvor omfattende og dybtgående en sådan bæredygtig omstilling skal være. Groft sagt kan man inddele disse forskellige opfattelser i to hovedveje, to strategier: på den ene side en økomodernistisk, teknisk innovationsstrategi kendetegnet ved, at markeds kræfterne ses som lokomotivet i en teknologisk udvikling understøttet af statsregulering, mens livet i civilsamfundet og samfundsudviklingen som helhed kun i minimal grad anfægtes af frygt for folkelig modstand. På den anden side en kulturel strategi, som anser det for nødvendigt, at vi udover teknologisk omstilling ændrer vores levevis, værdier og tænkemåder, hvorfor befolkningens demokratiske involvering og dannelse både er en nødvendig og ønskelig del af bæredygtig omstilling.

➤➤ **Selvom der overordnet set er konsensus om, at en bæredygtig omstilling er helt nødvendig, så er der samtidig vidt forskellige opfattelser af, hvor omfattende og dybtgående en sådan bæredygtig omstilling skal være**

Birger Steen Nielsen har skrevet en lang og usædvanlig grundig bog, som argumenterer imod den første strategi og bidrager med en lang række overvejelser om, hvorfor den anden strategi er nødvendig, og hvordan den kan fremmes. Som sådan indskriver den sig i en støt voksende kritisk og alternativ søgende filosofisk, samfundsvidenskabelig og politisk debatliteratur. Dens bidrag adskiller sig dog fra hovedtendensen heri. Det skorter ikke på miljøaktører, som betoner vigtigheden af adfærds- og livsstilsomstillinger, men som ikke kommer længere end til de moralske opråb. Det skorter heller ikke på filosofiske bidrag, som argumenterer for et paradigmeskift væk fra en mekanisk, menneskecentreret virkelighedsopfattelse til en de-centreret, øko-centrisk og relationel kosmologi. Sådanne bidrag er vigtige, men samtidig fattige på overvejelser om, hvordan de radikale livsstilsændringer og paradigmeskif-

**JEPPE LÆSSØE**

Professor emeritus, DPU,  
Aarhus Universitet,  
jepl@edu.au.dk

tet skal kunne finde sted. De mangler strategisk analyse, dvs. analyse af barrierer og muligheder samt på den baggrund forslag til veje frem. Skal alternativet til den økomodernistiske, teknologisk innovative strategi styrkes, er det ikke tilstrækkeligt at beskæftige sig med natur-menneske-forholdet. Der er i særdeleshed brug for samfundsanalyse, og det er her, Birger Steen Nielsen har skrevet et vigtigt bidrag. Hvor den økomodernistiske diskurs udgrænser kritiske spørgsmål vedrørende samfundets indretning og anser fortsat vækst som et gode for en grøn omstilling, går Birger Steen Nielsen i kødet på kapitalismen med dens vækstafhængighed, dens strukturelle implikationer, dens politisk-økonomiske magtudøvelse og dens konsekvenser for vores hverdagsliv og livsførelse som det komplekse af dynamiske virkningssammenhænge, som driver og fastholder den fortsat ubæredygtig udvikling. For den unge generation kan bogen tjene som en grundig introduktion til kapitalismen og dens implikationer for samfundet som helhed såvel som for naturgrundlaget. For de ældre generationer kan den forhåbentlig tjene som en mulighed for at overvinde den modstand mod at rejse kritiske spørgsmål til kapitalismen, som udviklede sig som reaktion på kommunismen og 70'ernes betonmarxistiske venstrefløjsfraktioner.

Birger Steen Niensens kapitalismekritiske position fandtes også dengang, men røg ud med badevandet. Det var ærgerligt i den forstand, at han repræsenterer en kritisk teoretisk tilgang, som til forskel fra den dogmatiske leninistiske marxisme er historisk analyserende og rettet mod frigørelse og udvidet demokrati. Marx' analyser af kapitalisme og samfund udgør én af inspirationskilderne hertil, men ikke ukritisk, dogmatisk reproducerende, men som almene input, der nødvendigvis må bearbejdes gennem analyser af den aktuelle historiske situation. Som en af Birger Steen Niensens primære inspirationskilder, den tyske kritiske teoretiker Oskar Negt, har fremhævet, rummer Marx' historisk funderede teoriudvikling midlerne til sin egen fornyelse, givet dens vægt på den historiske udvikling og erfaringerne herfra. Det er det, Birger Steen Nielsen giver et bud på, idet han heri også trækker på en række andre teoretikere. Primært inden for den tyske kritiske teoretiske tradition, hvor det især er Theodor Adorno, Oskar Negt, Rudolf zur Lippe og Regina Becker-Schmidt, som refereres. Han trækker dog også på andre for emnet relevante teoretikere såsom Naomi Klein og Vandana Shiva.

Birger Steen Nielsen er ikke økonom, men funderet i kritisk teoretisk samfundsteori. Bogens ærinde er derfor ikke at bidrage til fagøkonomiske diskussioner vedrørende, hvordan økonomien kan nytænkes og reguleres, så den medtænker miljø og bæredygtighed. Miljøøkonomi, økologisk økonomi, trivselsøkonomi m.v. berøres kort undervejs, men fokus er mere grundlæggende på økonomien som samfundsmæssig institution, der under kapitalismen dominerer alle dele af samfundet, og som hverken socialt eller naturmæssigt er bæredygtig. Som sådan kan man godt sige, at den i forhold til tidens mange spændende diskussioner af økonomi med dens fokus på kapitalismen retter lyset mod 'elefanten i rummet'.

Med Karl Polanyi går Birger Steen Nielsens basale kritik af kapitalismen på, at økonomien er blevet udskilt (disembedded) fra levesammenhænge, hvorved den ikke blot ignorerer en række væsentlige forhold i livet, samfundet og naturen, men samtidig også sætter økonomien udenfor civilsamfundets demokratiske indflydelse. Vores demokratiske institutioner kan forsøge at reducere miljødelæggelserne, men med kapitalismens vækstdynamik sætter vi til på gyngerne, hvad vi har sparet på karussellen. Hvad angår vækstdynamikken behandler Birger Steen Nielsen ikke kun det forhold, at virksomhederne på det kapitalistiske marked tvinges til at vækste for at undgå at blive udkonkurreret og gå til. Det er kapitalismens indbyggede logik at stræbe efter kapitalakkumulation, og i det større perspektiv drives væksten af jagten på nye markeder, når de hidtidige markeder er ved at være udtømte og risikerer at bringe kapitalakkumulationen i krise. Birger Steen Nielsen redegør for kapitalismens historiske udvikling gennem denne jagt på nye kapitalakkumulationsmuligheder. Neoliberalismen behandles særligt grundigt med den hovedpointe, at nok er den blevet svækket som ideologi inden for de seneste år, men den er blevet grundigt institutionaliseret og har derfor fortsat stor indflydelse på vores praksisser og vilkårene for bestræbelser på at fremme bæredygtig omstilling.

Bogens titel "Vækstparadigmet ved vejs ende", kunne indikere, at Birger Steen Nielsen med den tætte kobling mellem vækst og kapitalisme også forudser kapitalismens snarlige endeligt. Undervejs i bogen er han dog mere forsigtig i vurderingen heraf. Således skriver han: "Selv om kapitalismen næppe kan stabilisere sig på basis af et nyt vækstgenererende akkumulationsregime (en grøn kapitalisme), så kan den meget vel bevæge sig i autoritære retninger med dirigistiske markedsøkonomier" (p. 315) og "Kapitalisme er aldrig én ubrydelig formation, og det er et åbent spørgsmål, hvilke bevægelsesretninger og muligheder, der i den nuværende store transformation, den overgangstid vi befinder os i, sættes i gang – og kan sættes i gang" (p. 316).

Med sin radikale systemkritik kan Birger Steen Nielsens orientering godt ses som revolutionær. Men han er ikke revolutionær i den forstand, at han betragter kapitalismen som én stor blok, som først må ryddes af vejen, før den store bæredygtige omstilling kan påbegyndes. Hele vejen gennem bogen og dens historiske analyser fremhæver han, at kapitalismen er et komplekst socialt forhold, inden for hvilket modstand og begrænsning af dens sociokulturelle indflydelse er mulig. Hvad disse muligheder aktuelt består i, og hvad der måske på sigt kan føre til et paradigmeskift, udgør bogens andet hovedtema under overskriften "nye begyndelser".

De nye begyndelser handler overordnet set om at tilbageerobre økonomien, så den igen bliver forankret i vores levesammenhænge, og som sådan vil kunne forvaltes gennem demokratiske processer. Inspireret af Rudolf zur Lippe argumenterer Birger Steen Nielsen i den forbindelse for at anerkende og fremme 'plurale økonomier'. Plurale økonomier handler om alle de aktiviteter, der væsentligt bidrager til at opretholde og gendanne livet, som i vidt omfang ikke

ses og anerkendes som former for økonomi. 'Commons' er et andet nøglebegreb. Kapitalismens disembedding af økonomien tog form af en indhegning af commons, og med Vandana Shiva handler de nye begyndelser for Birger Steen Nielsen om 'reclaiming the commons'. Det handler alment om, hvordan og af hvem fælles anliggender varetages. Historisk har commons haft karakter af lokale fællesskaber, men kan også forstås bredere og udvikles under vores nuværende moderne betingelser. Birger Steen Nielsen lægger derfor vægt på praktiske eksperimenter med commons som socialitetsform som alternativ til både stat og marked. Det handler om at udvikle alternativer til kapitalens og statens ressourceoptimeringslogik gennem "at afprøve og udvikle andre måder at arbejde og være sammen på, andre måder at skabe økonomi og være samfund på, andre former for sameksistens på tværs af kultur og forskellige historiske traditioner" (p. 404). De nye begyndelser kan ses som en mangfoldighed af bestræbelser i den retning. Den amerikanske miljøforkæmper, Paul Hawken, har beskrevet disse igangværende bestræbelser som "The movement with no name", fordi de ikke har nogen ledelse og samlende organisation. Birger Steen Nielsen er til dels fortalere for en sådan mangfoldighedsstrategi, men advarer samtidig imod deres fragmentariske og serielle karakter. De har brug for at være eksemplariske dele af 'et samlet fælles tæppe'; en åben fælles vision for en alternativ fremtid.

Den strategiske grundtanke er at styrke og udvikle sådanne nye alternative begyndelser gennem en udvidelse af demokratiet. Ikke blot demokratiet i dets vanlige parlamentariske form, men i særdeleshed som reel involvering af borgerne i fælles anliggender. Ikke blot som vanlige korte arrangementer, hvor borgerne kan kommentere ekspertdrevne forslag, men som fortløbende socialekulturelle læreprocesser. Den store bæredygtige omstilling ses ikke blot som et praktiske materielt anliggende med demokratisk beslutningstagen, men i høj grad også som en folkelig social læring og politiske dannelsesproces. Det vil række langt videre end opfordringerne til, at vi som individuelle forbrugere handler grønt. Det vil være fælles processer om fælles anliggender, med de dilemmaer og brydninger det vil indebære, men også processer der vil fremme ansvarliggørelse, håb og bæredygtig dannelse. Birger Steen Nielsen benytter ikke begrebet 'folkelig', hvilket sikkert hænger sammen med, at han er påpasselig med at benytte begreber, som er blevet benyttet på måder, som han tager afstand fra. Det kan alligevel undre, at han ikke refererer til den danske folkeoplysningstradition. Dens idégoods og oprindelige pædagogiske virkemåde som spørgende og understøttende deltagelse og læring i relation til fællesanliggender minder i høj grad om Birger Steen Nielsens vision for, hvordan vi i samfundet i dag, kunne fremme sociale og kulturelle læreprocesser som en praksisrettet og dannelsesorienteret del af den store omstilling.

Set i forhold til miljøbevægelsen i Danmark er hverken Birger Steen Nielsens kapitalisme- og vækstkritik eller hans alternative strategi helt ny. Miljøorganisationen NOAH, som ligesom det nye venstre voksede ud af ungdomsoprøret i slut 60'erne, har gennem hele dens historie argumenteret imod kapitalismens blinde, eksponentielle vækst, ligesom den har arbejdet med at mobilisere folk



i lokale forandringsprocesser. Ikke blot NOAH, men miljøbevægelsen som helhed, har om nogen arbejdet med en åben mangfoldighedsstrategi. Det overflødig på ingen måde Birger Steen Nielsens grundige analyser og talrige pointer, men erfaringerne herfra kunne have været værdifulde at få med. Birger Steen Nielsen lægger op til at vejene frem må være mangfoldige, kritiske, men også selvkritiske. Og netop selvkritisk kunne man spørge, hvorfor hverken NOAH, miljøbevægelsen som helhed eller Birger Steen Nielsens aktionsforskningsprojekter har haft større gennemslag, end de har haft? Hvorfor har borgerne ikke i højere grad involveret sig i lokal bæredygtig omstilling? Birger Steen Nielsen berører ganske vist klimaforståelsen og magtesløsheden. Det sker imidlertid kun perifert og uden grundige analyser af erfaringerne af barriererne for en bredere involvering af borgere i de nye alternative begyndelser til en bæredygtig varetagelse af fællesvæsenet. Det kan måske virke utaknemmeligt at betone mangler i en så omfangsrig og tæt bog, som der her er tale om. På den anden side er det ærgerligt, at Birger Steen Nielsen med hans baggrund og dybe indsigt i tysk kritisk teori, undlader at anlægge et socialisationskritisk perspektiv på vækst- og bæredygtighedsproblematikken. Subjektivitet er, som Rudolf zur Lippe har formuleret det i en artikel i en antologi redigeret af Birger Steen Nielsen og Elo Nielsen, en objektiv faktor. Subjektivitetsdannelsen under senkapitalismen omfatter ikke kun bevidstheden, men også formningen af vores selvidentitet, drifter, socialitetsformer, selvregulering m.v. Det er selvfølgelig både komplekst og potentielt omfattende at gå nærmere ind i, men det er væsentligt at forstå, hvordan vi som individer ikke blot er underlagt et samfundssystem med en blind, ubæredygtig vækstdynamik, men også selv gennem vores liv i dette samfund er blevet en integreret del af det, og dermed en del af problemet. Som individer oplever vi os ikke som undertrykte, der længes efter frigørelse, men snarere som ambivalente, hvor vores miljøbevidsthed og ønsker om bedre liv modarbejdes af vores behov som kulturelt frisatte individer for øget forbrug til opbygning og stabilisering af vores skrøbelig selv samt af vores travle, fortættede hverdagsliv, fyldt med lystdrevne aktiviteter. Klimaforståelse gennem blot at fortsætte med at leve det vante hverdagsliv er en oplagt lettere måde at håndtere ambivalensen på, end den aktive deltagelse i udviklingen af bæredygtige alternativer i et system, der ikke befordrer sådanne bestræbelser, men tværtimod forsøger at nære forbruget og holde os udenfor indflydelse. En strategi med vægt på udvidet demokratisk deltagelse i socialekulturelle forandrings- og læreprocesser må adressere disse subjektive dynamikker. Den må anskueliggøre alternativer, der rummer løfter, som opleves som attraktive og realistiske, og hvis skridt forekommer overkommelige. Det er ikke i uoverensstemmelse med Birger Steen Nielsens arbejde med fremtidsværksteder og hans betoning af vigtigheden af at arbejde med håb. Men der skal måske også mere og andet til end det, hvis det skal lykkes. Det kunne en dybere analyse af den subjektive faktor som del af problemet samt overvejelser om, hvor der kan tages højde for den, have bidraget til.

Bogens 471 tætskrevne sider er en stor mundfuld at komme igennem. Dens længde skyldes først og fremmest opbygningen med hele 52 siders indføring i

bogen samt 11 'mellemspil'-kapitler, hvori allerede behandlede temaer uddybes. Da Birger Steen Nielsen samtidig skriver omhyggeligt, vil man – hvis man læser bogen fra ende til anden – opleve mange gentagelser. Det er imidlertid oplagt muligt at læse bogen selektivt. Det egner bogen sig fint til, om end man skal være opmærksom på, at bogen rummer utroligt mange temaer, facetter og pointer, som ikke er med i denne anmeldelse, og som man så risikerer at gå glip af. Så en nærmere læsning er bestemt anbefalelsesværdig.

# Den forstenede grundlov

Den ustyrlige sundhed

*Palle Svensson (2024), Folkets lov: Folkeafstemninger om danske grundlove, Aarhus Universitetsforlag, 244 sider inklusive litteraturliste, noter og personregister.*

60 af den gamle danske Grundlovs 89 paragraffer er fra 1849. Yderligere seks er fra 1866. Sproget er gammeldags. Det samme er den forestillingsverden, som bærer Grundloven. Palle Svensson fremhæver i sin meget velkomne bog, at ord om demokrati, retsstat, Højesterets prøvelsesret i forhold til love, lighed for loven, menneskerettigheder og offentlighed i forvaltningen er ikke-eksisterende i den. Beskyttelse af natur, klima og miljø nævnes heller ikke. Rigsfællesskabet med Grønland og Færøerne er ureguleret. Uklarhed hviler over Danmarks internationale relationer. Kongen tillægges i Grundloven en række beføjelser, som er fiktive. For nu bare at nævne noget af det, som man kunne ønske præciseret. Vi regeres af de døde, fordi de, der har påvirket indholdet i Grundloven, for længst er døde.

Den vigtigste grund til, at vi ikke har fået opdateret Grundloven, er ifølge Palle Svenssons interessante bog, at det er den sværeste at ændre i Europa. Betingelsen for en ny Grundlov er, at Folketinget vedtager den. Så skal der udskrives valg. Folketingsmedlemmerne skal altså risikere at miste deres mandater, hvis de vil ændre Grundloven. Et nyt Folketing skal igen vedtage det nye grundlovsforslag. Derefter skal der afholdes en folkeafstemning. Dermed skal forslaget altså igennem en fjerde beslutningsproces. Man kan end ikke udelukke endnu et folketingsvalg, hvis en ny grundlov ændrer ved Folketingets forhold.

 **Den vigtigste grund til, at vi ikke har fået opdateret Grundloven, er ifølge Palle Svenssons interessante bog, at det er den sværeste at ændre i Europa**

Bogen viser meget klart, at det svære ved de få tidligere folkeafstemninger ikke har været at få flertal for ændringsforslag. Når man ser på de afgivne stemmer. Det svære er at indfri kravet om, at mindst 40 pct. af de stemmeberettigede stemmer for en moderniseret Grundlov. Problemet er nemlig overhovedet at få vælgerne til at interessere sig tilstrækkeligt for grundlovsændringer. Fra 1915 til 1953 lød kravet endda på, at 45 pct. af de stemmeberettigede skulle stemme for. I 1939 faldt et grundlovsforslag på, at man manglede få tusinde stemmer i at nå 45 pct.

**TIM KNUDSEN**

Professor emeritus,  
Institut for Statskundskab,  
Københavns Universitet,  
timk@privat.dk

Kun med nød og næppe nåede man op over 45 pct. i 1953, da den nugældende Grundlov blev gennemført. Mange har vurderet, at vælgerne's interesse øgedes af, at der blev indført kvindelig tronfølge. Hvem ville ikke have den da trettenårige prinsesse Margrethe frem for prins Knud som næste regent? Prinsen var værgeløs mod den lyshårede barneprinsesse. Dertil kom, at der var strålende vejr på valgdagen.

For at forstå, hvorfor det netop i Danmark er blevet så svært at ændre Grundloven, skal vi tilbage til grundlovsændringen i 1915. Grundloven blev som bekendt dengang ændret bl.a. således, at der kom kvindelig valgret. Samtidig blev valgretten til det daværende Landsting gjort mere lige. Og 12 kongeudnævnte medlemmer af Landstinget blev afskaffet. Desuden blev der for første gang åbnet op for forholdstalsvalgmåden.

Denne grundlovsændring skyldtes forlig mellem de gamle partier, Venstre, Socialdemokratiet, Højre og Det Radikale Venstre. Alle partier fik noget ud af det forlig.

Hidtil er det i litteraturen ofte blevet antaget, at Venstres J.C. Christensen med en vis støtte fra Højre var den, der billedligt talt fik sat to hængelåse og tyverialarm på Grundloven i 1915 ved at gøre den meget vanskeligt at ændre. Motivet til at konservere Grundloven har antagelig været, at det var tydeligt dengang, at Socialdemokratiet på grund af den demografiske udvikling i forbindelse med urbanisering og industrialisering kunne blive det helt store danske parti i det 20. århundrede. Dengang var Socialdemokratiet et parti som officielt gik ind for republik, nedrustning og socialisme. Indlysende ikke et parti, som konservative kunne holde af.



**En af Palle Svenssons fortjenester er, at han påviser, at nok skubbede J.C. Christensen på for at gøre det sværere at ændre Grundloven ved at ville indføre en folkeafstemning med kvalificeret flertal. Men det var frem for alt politikere fra Højre, der fik skabt de næsten uoverstigelige hindringer for ændringer**

Svenssons bog ændrer ikke ved den antagelse. Men en af Palle Svenssons fortjenester er, at han påviser, at nok skubbede J.C. Christensen på for at gøre det sværere at ændre Grundloven ved at ville indføre en folkeafstemning med kvalificeret flertal. Men det var frem for alt politikere fra Højre, der fik skabt de næsten uoverstigelige hindringer for ændringer.

Måske foregik det hele også noget tilfældigt. Når den radikale regering accepterede så drakoniske krav til en grundlovsændring, skyldes det formentlig et stort ønske om at nå et resultat efter årelange grundlovsdrøftelser. Men Svensson påpeger også, at de daværende politikere fejlagtigt forventede, at vælgerne ved en folkeafstemning ville stemme stort set i samme omfang som ved folketingsvalg. Vælgerne var bare ikke voldsomt interesserede i en demokratisering

af forfatningen. Stemmeprocenten ved de afstemninger, som Svensson gennemgår, lå markant lavere end ved de samtidige parlamentsvalg.

Ud over folkeafstemninger i forbindelse med grundlovsændringer, giver Svensson også en meget fin gennemgang af folkeafstemningen om ændringen af tronfølgeloven i 2009. Dermed dækker han en række folkeafstemninger, som ikke tidligere har været analyseret i dansk litteratur om folkeafstemninger. Men takket være hans analyse af folkeafstemningen i 2009 kan vi også føje endnu en aktør til de, der har bidraget til at gøre det vanskeligt at ændre Grundloven: Anders Fogh Rasmussen.

Der var indført kvindelig arvefølge i 1953. Men kun i betinget form. Var der et drengbarn med et arvekrav, gik det forud for kongelige piger. Svenssons gennemgang af forløbet om afstemningen er kostelig. Ekstra Bladet skrev på afstemningsdagen, at afstemningsresultatet antagelig tidligst blev aktuelt om 70 år. Thi daværende kronprins Frederik og hans hustru havde nået at forsyne kongeriget med en førstefødt dreng, prins Christian. Først når han forlod denne verden, ville der være et problem. Men kun hvis den første frugt af prins Christians forhåbentlige fremtidige fertilitet skulle blive feminin. Skulle den derimod blive maskulin, ville der nok gå yderligere 70-80 år, før problemstillingen kunne blive aktuel.

Forståeligt nok var der intet folkekrav om at få ændret på tronfølgen. Alligevel fik man slumpet sig ind på vejen mod den. Men først var statsminister Fogh Rasmussen ikke interesseret. Da kronprinseparret i april 2005 meddelte, at en lykkelig begivenhed var på vej, meddelte han, at en ændring af tronfølgeloven ikke var aktuel. Blandt nogle få borgerlige politikere opstod en debat, hvori bl.a. ligestillingsminister Eva Kjær Hansen (V) udtrykte uenighed med statsministeren. Det var vel heller ikke så dårlig en sag for en ligestillingsminister. Ligestilling af prinser og prinsesser var noget, der kunne ses på et område, hvor det ellers ikke flød med opsigtsvækkende gennembrud.

Tidligere havde en politolog, den konservativt orienterede Peter Kurrild-Klitgaard, argumenteret for at ændre tronfølgeloven for at undgå, at den ikke kom til at afspore en debat om grundlovsændringer. Hvis man kan tale om at afspore. Nu mente Kurrild-Klitgaard, at en ændring af tronfølgeloven ville fjerne den mest oplagte anledning til at nedsætte en forfatningskommission. Tilmed med et forslag, som venstrefløjen ville have svært ved at afvise. Skarpt set, Kurrild-Klitgaard!

Måske indså Fogh nu, at han kunne undgå enhver risiko for en besværlig grundlovsdiskussion. Men det må også med, at Fogh næppe kendte det ufødte barns køn, da han i oktober 2005 fremsatte forslag til ændring af tronfølgeloven. Regeringens jurister var belejligt kommet til en overraskende ny erkendelse. Hidtil havde jurister antaget, at tronfølgeloven ikke kunne ændres uden at ændre paragraf 2 i selve Grundloven, der blandt andet siger, at ”kongemagten nedarves til mænd og kvinder efter de i tronfølgeloven af 27. marts 1953 fastsatte regler.” Når Grundloven således havde fastslået datoen 27. marts

1953, så ville det jo være noget rod, hvis den aktuelle tronfølge havde en helt anden dato, må tankegangen have været.

Rod eller ej! Nu var der mere fleksibelt tænkende jurister i regeringens tjeneste. Efter et frisk syn på sagen mente de, at blot man fulgte Grundlovens procedure for grundlovsændringer, kunne man ændre den. Man kunne altså få et flertal i det siddende Folketing. Efter næste folketingsvalg kunne et nyt Folketing stemme for. Så var sagen klar til folkeafstemning. Ved en vedtagelse måtte man så leve med, at Grundloven fremover på endnu et punkt ville være misvisende.

Den daværende VK-regering havde flertal med Dansk Folkeparti (DF). Først havde Søren Krarup (DF) været imod en ændring af tronfølgen. Han mente, at det var nemmere for mænd at klare det pres, det er at være regent. Men nu indså han klart, hvor trygt konserverende forslaget kunne være for Grundloven: ”Det er ingen hemmelighed, at oppositionen til venstre her i salen har drømt søde drømme om at bruge tronfølgeordenen til at maltraktere grundloven ... og lade alskens abstrakte rettigheder og ideologiske proklamationer træde ind på dens plads”, forklarede han i Folketinget.

Den magtesløse opposition foreslog at ændre Grundloven, så ord som folkestyre og retssikkerhed kom ind i den. Forgæves. Og i det efterfølgende Folketing ville det se dårligt ud, hvis man stemte imod kvindelig ligestilling. Enhedslisten dristede sig dog til at undlade at stemme.

For nu at sikre, at folket forstod vigtigheden af at stemme ja til forslaget, førte Statsministeriet styrket af et reklamebureau en kampagne for et ja helt frem til selve valgdagen. ”Formodentligt i strid med regler for frie og fair valg”, skriver Svensson. Det er en underdrivelse. Det var en lodret tilsidesættelse af normen om, at embedsfolk ikke skal agere partipolitisk. Slet ikke i forbindelse med folkeafstemninger (Betænkning 2004: 166-167. Desuden Justitsministeriets vejledning af 28.6.2002). Desuden er det ikke god stil at fortsætte agitationen på selve afstemningsdagen. Lidt ro må vælgerne vel have til at tænke selv.

Problemet er imidlertid, at ingen magt står over statsministeren og Statsministeriet, når ikke et folketingsflertal griber ind. Enhedslisten gjorde forståeligt, men forgæves indsigelse. Vi mangler et uafhængigt forfatningsråd, som kan udtale sig i den slags spørgsmål. Det kunne endda indføres uden en grundlovsændring.

Muligvis gav den kreative håndtering af sagen dog bagslag. Selv om afstemningen lå på samme dag som valg til Europa-Parlamentet stemte kun 58,33 pct. Blandt de afgivne godkendte stemmer var der 85,35 pct. for et ja. Altså klart mere end 40 pct. af de stemmeberettigede. Men det mest overraskende var måske, at 9,28 pct. af stemmerne var ugyldige. For 8,59 pct.s vedkommende var det tilsyneladende helt bevidst blanke stemmer. Det er næppe for meget at vurdere, at en meget stor del af de helt usædvanligt mange ugyldige stemmer skyldtes utilfredshed med det farceagtige forløb.

Men det ser nok sort ud med at få den bedagede grundlov gjort tidssvarende.

Svensson har undersøgt så godt som muligt, om vælgerne ved grundlovsafstemningerne har fulgt anbefalinger fra de partier, som de havde stemt på ved det seneste parlamentsvalg. Man kan jo sige, at når et spørgsmål lægges ud til folkeafstemning, så er det vel godt, hvis vælgerne ikke bare følger deres for tiden foretrukne partis anbefalinger. Forhåbentligt foretager de noget selvstændig tankevirksomhed.

Svensson konstaterer klart en tendens til, at partierne over tid tænker mere uafhængigt af det parti, de for nyligt stemte på. Det er ikke overraskende. I almindelighed er partiloyaliteten faldet gennem de seneste mere end 100 år. Men det er jo samtidig noget, som gør det danske demokrati mere ustabil. Vælgernes uberegnelighed gør det også endnu sværere for partierne at vove sig ind på nye forfatningsovervejelser. Det er slet ikke sikkert, at deres vælgere belønner dem for det. I ældre tid var der i nogle partier meget konkrete interesser i at udvide vælgergrundlaget. Det drev ændringer igennem. De gjaldt valgret til kvinder, fattige, unge etc. Ved en grundlovsændring kunne partierne, der gennemførte ændringerne, håbe på en belønning ved næste valg. Det er blevet sværere at håbe på vælgergevinster ved ændringer. En undtagelse kunne måske være, hvis man gav valgret til Folketinget for de over 10 pct. uden dansk statsborgerskab, som bor i landet. Partier, der vil gennemføre det, kan måske regne med en vis efterfølgende taknemmelighed fra disse mange mennesker. Men det er ikke vanskeligt forestille sig, at en politisk kamp om valgret til dem kunne blive så ophidset, at der skal meget mod til at føre den kamp.

Det kunne altså se ud til, at vi er tvunget til at leve videre med en dybt forældet Grundlov. Svensson har dog det forslag, at man i stedet for at ville ændre Grundloven på en omfattende måde udarbejder forslag til mindre og mere overskuelige ændringer. Det kan være, at han har ret i, at det kan gøre det mere spiseligt at modernisere Grundloven. Men det kræver tålmodighed. Og tiden løber, mens det meste af Grundloven bliver endnu mere bedaget. Og uforståelig for mange mennesker.

Som det vel fremgår af ovenstående, er bogen virkelig tankevækkende. Højre og til dels J.C. Christensen kaster endnu skyggen fra 1915 over Danmark. Måske hjulpet af en radikal regering med C.Th. Zahle som konseilspræsident, som naivt troede, at vælgerne var næsten lige så optaget af demokratisering som den selv.

Nævnes skal det også, at bogen desuden rummer mange interessante oplysninger om det politiske liv i Danmark de godt seneste 100 år. Bogen anbefales varmt til enhver, der er optaget af forfatningsspørgsmål og/eller folkeafstemninger. Bogen må være et must for mange.

# Abstracts

Den ustyrlige sundhed

## Population Aging and Healthcare Expenditures in Denmark

**Malene Kallestrup-Lamb**, *associate professor, Department of Economics, University of Aarhus, mkallestrup@econ.au.dk*

**Alexander Overdal Kjærsgaard Marin**, *postdoc, Cpop - The Interdisciplinary Centre on Population Dynamics, University of South Denmark, aokm@sdu.dk*

**Jes Søgaard**, *professor emeritus, Cpop - The Interdisciplinary Centre on Population Dynamics, University of South Denmark, jsoegaard@health.sdu.dk*

Over the past 50 years, healthcare expenditures have increased globally while life expectancy has steadily risen, raising concerns among economists, politicians, and policymakers. This article examines research on age-related healthcare costs and influencing factors. Since healthcare expenses are mainly concentrated in the last years of life, population aging does not necessarily lead to a significant increase in most expenses. However, long-term care costs do rise with age. Additionally, medical technology and practices benefiting the elderly drive up costs. Despite concerns about rising healthcare expenses in an aging population, Denmark's situation is less alarming. Effective management by the Danish health insurance system and the vigilance of the Ministry of Finance has kept healthcare expenditures, aside from a temporary rise during the Covid-19 pandemic, stable as a share of the gross national product.

## Which jobs are attractive to employees in the Danish healthcare sector?

**Rune Godske Bachmann**, *research assistant, Department of Political Science, University of Aarhus, runegb@ps.au.dk*

**Jacob Daugaard Kristensen**, *cand.scient.pol., Department of Political Science, University of Aarhus*

**Christian Bøtcher Jacobsen**, *professor, King Frederik Center for Public Leadership, Department of Political Science, University of Aarhus, christianj@ps.au.dk*

Attracting suitable candidates for jobs is key for the healthcare sector and the wider public sector, but which job attributes are the most important to emphasize when advertising positions? Based on a conjoint study of 1,292 public sector employees, this article examines the importance of six key job attributes: salary, job security, prosocial impact, citizen contact, challenges and inclusion. The results show that in almost all cases, higher values of job attributes are more preferred than lower values. The most important job characteristics for job attractiveness are salary, job security and challenges. There are minor differences in the importance of job characteristics in healthcare and the public sector in general.

## The balance between tradition and transcendence in the hospital sector – an interpretivist perspective on digitalisation

**Benedicte Fleron**, *associate professor, Department of People and Technology, University of Roskilde, bff@ruc.dk*



This article explores the balance between tradition and innovation in the digitalization of the healthcare sector through an analysis of the implementation of Sundhedsplatformen. It is illustrated how different social groups' understanding of technology led to a sociotechnical clash, as a lack of congruence emerged between their technological frames. The article argues that the success of technology does not solely depend on its technical characteristics, but also on the social and cultural contexts in which it is implemented. Through the case of Sundhedsplatformen, the article demonstrates that achieving a balance between tradition and transcendence in the implementation of new technology is difficult when the technology's embedded assumptions do not align with users' everyday practices, which can hinder a successful digital transformation.

### Goal conflicts stand in the way of reducing health inequalities

**Finn Diderichsen**, *professor emeritus, dr.med., Department of Public Health, University of Copenhagen, fidi@sund.ku.dk*

**Anna Paldam Folker**, *professor, National Institute of Public Health, University of South Denmark, anpf@sdu.dk*

Social inequality in health is a problem that no one benefits from, where there is broad consensus should be reduced, but which nevertheless gradually increases. In Denmark and elsewhere. Is it a lack of research and knowledge, is it a lack of political prioritization, or is it a wild and uncontrollable problem that evades rational analysis? We must argue here that this is an issue where there is a lot of knowledge, but where prioritization and implementation of effective efforts are blocked by implicit conflicts of interest and goals, which should therefore be clarified and subjected to necessary - albeit difficult - political priorities. Health policy goals can conflict with goals of labor market policy, trade policy and industrial policy. At the same time, there are also several synergies e.g. with climate and environmental policy with a potential that can be better exploited than today.

### Can financial incentives create and support coherence across healthcare providers?

**Anne Sophie Oxholm**, *associate professor, Department of Public Health, University of South Denmark, asoxholm@sdu.dk*

**Eskild Klausen Fredslund**, *health economist, Steno Diabetes Center Aarhus, Aarhus University Hospital, eskfre@rm.dk*

**Mickael Bech**, *professor, Department of Political Science, University of South Denmark, mibech@sam.sdu.dk*

**Søren Rud Kristensen**, *professor, Department of Public Health, University of South Denmark, srkristensen@health.sdu.dk*

Since the 1980s, the need to improve coherence across sectors and providers has been a central part of the health policy debate in Denmark. This article focuses on how financial incentives can be used to improve coherence in the healthcare system. We use the principal-agent theory to explain the impact of financial incentives on healthcare providers' behaviour. Our aim is threefold. First, we provide an overview of the international literature on the impact of different types of financial incentives, which can be used to improve coherence across health providers. Second, we offer suggestions on how this knowledge could be used in a Danish context and in a way that supports the objectives of third-party payers to ensure high treatment quality and low treatment and transaction costs. Third, we present insights on facilitators and barriers for implementing cross-sectoral financial incentives.

## Civil society's contribution to social equality in health

**Karen Ingerslev**, *Head of Research and Development, Social Sundhed*,  
ki@socialsundhed.org

**Kristina Louise Bliksted**, *CEO, Social Sundhed*,  
klb@socialsundhed.org

The purpose of this paper is to investigate whether and how different forms of volunteering and civil society organizations can contribute to increasing social equality in the encounter with the healthcare system. The paper develops a model with four types of civil society contribution and volunteering: Polyfilla, C-offerings, Relative work and the Kinder egg, which also includes individual, distributed and organizational health literacy. The model nuances the discussions about whether civil society and voluntary efforts maintain or change the way the healthcare system functions and how separate from or integrated into the healthcare system's overall offers they are. The four types of volunteering affect in different ways the social inequality in the encounter with the healthcare system, with the Kinder egg as the most complete proposal for increasing equality in health both in the short and long term.

## A democratic miracle?

– An essay on the occasion of **Jørgen Grønnegård Christensen: Embedsfolk, Djøf Forlag, 2024**

**Tim Knudsen**, *historian and professor emeritus, Department of Political Science, University of Copenhagen*,  
Timk@privat.dk

In a new book, Jørgen Grønnegård Christensen hails the Danish "civil servants" as a "democratic miracle". The article points out that the book has many under-illuminated questions. Among them are the questions about whether the permanent secretaries are overburdened and whether the professional inputs are given sufficient space in the ministerial advice. Problems here can hamper the quality of political decisions. And problems concerning quality in decision-making

may once again result in case-work scandals and consequent declining trust in civil servants. An understated theme in the book is the question of whether an increasing top-down management/coordination may have created a need for modernization of the systems of responsibility systems. The gap between responsibility and power has grown. As it turns out, the book is actually more of a debate book than an attempt of research communication.

## Danish cities in the war zone. Guldborgsund Municipality's experiences with city cooperation in Ukraine

**Martin Marcussen**, *professor, Department of Political Science, University of Copenhagen*,  
mm@ifs.ku.dk

Danish cities collaborate with Ukrainian cities in various twinning projects. The work in Ukraine is by far one of the most difficult international activities any Danish city has ever participated in. This is of course due to the fact that the cooperation takes place in a situation where Ukraine is under military attack from Russia. Never before have Danish cities offered to solve capacity-building tasks abroad under circumstances that can best be described as a state of emergency. Thus, the Danish cities are moving into untested foreign policy territory. In Denmark, it is Guldborgsund Municipality that has gained the most experience with twinning projects in Ukraine. Guldborgsund Municipality has thus gained some experience that other Danish municipalities who are on their way to Ukraine can benefit from.