

Allan Krasnik og Henrik Sælan

## Hvem bestemmer i sundhedsvæsenet?

Sundhedsvæsenet er ikke et organisk sammenhængende, afgrænset væsen, men et vidt forgrenet net af forskellige organisationsformer, interessenter og funktioner. Det er artiklens formål at give en oversigt over det samlede sundhedsvæsen og de beslutningsprocesser, som er afgørende for sundhedsvæsenets opbygning og indsats. På baggrund af en beskrivelse af interessenterne og deres formelle placering og beføjelser fremlægges et tænkt eksempel vedrørende en innovation i sundhedsvæsenet, nemlig indførelsen af distriktpædiatri, for at give et dynamisk billede af handlemulighederne for de involverede parter. Eksemplet danner udgangspunkt for en beskrivelse af organisationsformer og beslutningskompetence i sundhedsvæsenets tre hovedorganisationer, sygehuset, sygesikringsområdet og primærkommunerne, som hver har deres ledelsesform.

Det konkluderes, at ingen på basis af den eksisterende lovgivning har magt til at gennemtrumpe omfattende ændringer, som kræver mange parters aktive medvirken. Det nødvendige samarbejde er vanskeliggjort gennem uklare samarbejdsrelationer, mangeartede ledelsesformer og mange særinteresser, og befolkningens muligheder for at gøre deres indflydelse gældende er begrænset af uigennemsigtige beslutningsprocesser.

Sundhedsvæsenet er ikke – som navnet antyder – et organisk sammenhængende, afgrænset væsen, men et vidt forgrenet net af forskellige organisationsformer og funktioner, som kan være yderst vanskelige at overskue og beskrive. Den forskning, som beskæftiger sig med sundhedsvæsenets organisation og funktioner (nu ofte sammenfattet under betegnelsen helsetjenesteforskning) er ganske ung og har i Danmark indtil nu på mange områder kun nået at skrabe i overfladen. Magtstrukturer og beslutningsprocesser må betragtes som væsentlige genstandsområder for forskningen om sundhedsvæsenet og dets udvikling, men trods en stigende interesse for disse emner såvel indenfor som udenfor sundhedsvæsenet, er det kun sparsomt, hvad der kan hentes herom i den danske litteratur. Derimod findes der i lovgivning, overenskomster med videre en uoverskuelig mængde formelle regler for sundhedsvæsenets organisation, styring og finansiering, som tilsammen danner et billede af et meget komplekst system med relationer til en lang række instanser i det danske samfund.

Det er formålet med denne artikel at give et overblik over dette system og de generelle beslutningsprocesser, som er afgørende for sundhedsvæsenets opbygning og derved for dets indsats.

En systematisk beskrivelse af de involverede instanser og deres formelle beføjelser ville imidlertid kun give et kedsommeligt, fastfrossent skygebillede af spillet om sundhedsvæsenet. Vi har derfor valgt i stedet at tage udgangspunkt i en forandringssituation, hvor en tænkt innovation introduceres, og de relevante aktører og deres handlemuligheder beskrives. Derved håber vi at kunne indfange og

Allan Krasnik og Henrik Sælan

## Hvem bestemmer i sundhedsvæsenet?

Sundhedsvæsenet er ikke et organisk sammenhængende, afgrænset væsen, men et vidt forgrenet net af forskellige organisationsformer, interessenter og funktioner. Det er artiklens formål at give en oversigt over det samlede sundhedsvæsen og de beslutningsprocesser, som er afgørende for sundhedsvæsenets opbygning og indsats. På baggrund af en beskrivelse af interessenterne og deres formelle placering og beføjelser fremlægges et tænkt eksempel vedrørende en innovation i sundhedsvæsenet, nemlig indførelsen af distriktpædiatri, for at give et dynamisk billede af handlemulighederne for de involverede parter. Eksemplet danner udgangspunkt for en beskrivelse af organisationsformer og beslutningskompetence i sundhedsvæsenets tre hovedorganisationer, sygehuset, sygesikringsområdet og primærkommunerne, som hver har deres ledelsesform.

Det konkluderes, at ingen på basis af den eksisterende lovgivning har magt til at gennemtrumfe omfattende ændringer, som kræver mange parters aktive medvirken. Det nødvendige samarbejde er vanskeliggjort gennem uklare samarbejdsrelationer, mangeartede ledelsesformer og mange særinteresser, og befolkningens muligheder for at gøre deres indflydelse gældende er begrænset af uigennemsigtige beslutningsprocesser.

Sundhedsvæsenet er ikke – som navnet antyder – et organisk sammenhængende, afgrænset væsen, men et vidt forgrenet net af forskellige organisationsformer og funktioner, som kan være yderst vanskelige at overskue og beskrive. Den forskning, som beskæftiger sig med sundhedsvæsenets organisation og funktioner (nu ofte sammenfattet under betegnelsen helsetjenesteforskning) er ganske ung og har i Danmark indtil nu på mange områder kun nået at skrabe i overfladen. Magtstrukturer og beslutningsprocesser må betragtes som væsentlige genstandsområder for forskningen om sundhedsvæsenet og dets udvikling, men trods en stigende interesse for disse emner såvel indenfor som udenfor sundhedsvæsenet, er det kun sparsomt, hvad der kan hentes herom i den danske litteratur. Derimod findes der i lovgivning, overenskomster med videre en uoverskuelig mængde formelle regler for sundhedsvæsenets organisation, styring og finansiering, som tilsammen danner et billede af et meget komplekst system med relationer til en lang række instanser i det danske samfund.

Det er formålet med denne artikel at give et overblik over dette system og de generelle beslutningsprocesser, som er afgørende for sundhedsvæsenets opbygning og derved for dets indsats.

En systematisk beskrivelse af de involverede instanser og deres formelle beføjelser ville imidlertid kun give et kedsommeligt, fastfrossent skygebillede af spillet om sundhedsvæsenet. Vi har derfor valgt i stedet at tage udgangspunkt i en forandringssituation, hvor en tænkt innovation introduceres, og de relevante aktører og deres handlemuligheder beskrives. Derved håber vi at kunne indfange og

afdække magtstrukturer og beslutningsprocesser i sundhedsvæsenet i en dynamisk situation, som kan give stof til videre overvejelser vedrørende sundhedsvæsenets placering og udvikling i det danske samfund. Som eksempel har vi valgt indførelse af distriktsordninger i sygehusvæsenet til støtte for lokalbefolkningerne og deres primære sundhedstjeneste.

Dette eksempelvalg falder i tråd med en række aktuelle sundhedspolitiske diskussioner, der kan ses som et resultat af i hvert fald to udviklinger: Dels væksten i udgifterne til sundhedsvæsenet i slutningen af 1960'erne, som dengang oversteg bruttonationalproduktets vækst, dels at man fra flere faggruppers side har peget på nødvendigheden af et samarbejde tværs over faggrupperne for at løse de aktuelle sundhedsproblemer på tilfredsstillende måde. Begge udviklinger har sigtet mod nye organisationsformer og større effektivitet i sundhedsvæsenet, selv om incitamentet til ændringerne har haft forskelligt udgangspunkt.

Konkret har disse udviklinger manifesteret sig i flere udvalgsarbejder under indenrigsministeriet i det sidste årti, nemlig sundhedsprioriteringsudvalget i midten af 1970'erne (Indenrigsministeriet, 1977), som især så på udvikling og styring af det samlede sundhedsvæsen, og to udvalg nedsat indenfor de sidste par år: produktivitetsudvalget og samordningsudvalget.

Medens produktivitetsudvalget (Indenrigsministeriet, 1984) især har set på organisation og produktivitet indenfor sygehusvæsenets mure, har samordningsudvalget (Sundhedsstyrelsen, 1984) arbejdet med omfordeling og koordination af arbejdet i sundhedsvæsenets forskellige sektorer.

Parallelt hermed har verdenssundhedsorganisationen (WHO) fremlagt en samlet sundhedspolitik for den europæiske region, som bl.a. indeholder målsætninger vedrørende distriktsorienteret arbejde, der er tiltrådt af den danske regering i efteråret 1984. Der er således tilsyneladende et vist sammenfald mellem fagligt motiverede ønsker om en styrkelse af sundhedsvæsenets lokale indsats (forebyggelse og tidlig behandling) og politisk-administrative bestræbelser på at reducere væksten i sygehussektoren.

Indførelse af distriktsordninger kan netop ses som en sådan ændring, hvor både faglige og økonomiske interesser er involveret. Distriktsordninger må betragtes som en udfordring til det eksisterende sundhedsvæsen, bl.a. på grund af at så mange parter må inddrages i ordningen.

Det danske sundhedsvæsen er karakteriseret af en skarp opdeling mellem på den ene side sygehussektoren (den sekundære sundhedstjeneste), først og fremmest bygget op omkring indlagte patienter, og på den anden side den primære sundhedstjeneste, som omfatter alment praktiserende læger, sundhedsplejersker, hjemme-sygeplejersker, tandlæger, fysioterapeuter osv., hvis arbejde principielt tager udgangspunkt i lokalbefolkningen i dets eget miljø (Krasnik, 1982). Patienterne sendes frem og tilbage mellem disse adskilte sektorer, og kommunikationen foregår næsten udelukkende ved hjælp af sparsomme skriftlige oplysninger, som følger patienterne ind og ud af sygehuset.

I det følgende vil vi først give en oversigt over de aktører, som indgår i spillet, hvorefter vi vil illustrere beslutningsveje ved hjælp af en konstrueret case om indførelse af distriktpædiatri. På baggrund heraf diskuteres gennemgående træk ved sundhedsvæsenets beslutningsprocesser, sammenfattet i en model, som kan

give en illustration af interessenter i sundhedsvæsenet og deres indbyrdes samspil (eller mangel på samme).

### **Sundhedsvæsenets interessenter**

I lighed med andre komplekse serviceområder i samfundet (som for eksempel den offentlige transport), er der mange mere eller mindre organiserede, aktuelt eller potentielt involverede grupper og personer, som har interesse i sundhedsvæsenet og dets funktion (Juul, 1984 og Rosdahl, 1983).

Den mest oplagte interessent er patienten som søger behandling. Hans interesse er imidlertid stærkt forbundet med den behandlingskrævende tilstand, som han søger afhjulpet, for hvis den er helbredt, er han igen blot et medlem af sit lokalsamfund og deler kår med beboerne der. Den pludselige vekslen mellem at være syg og rask og opfattelsen af en uforudsigelig risiko for ulykke og sygdom har formentlig været stærke drivkræfter bag udviklingen af det nuværende sundhedsvæsen afgrænset fra samfundets øvrige funktioner. De raske, men potentielle patienter har hidtil været villige til at bære udgifterne for en solidarisk indsats i tilfælde af sygdom som et grundlag for vederlagsfri sygdomsbehandling. Måske er den voksende erkendelse af, at sygdom ikke rammer så tilfældigt endda, medvirkende til den politiske strid, man har oplevet vedrørende et eventuelt vederlag i sygdomsbehandlingen.

De kronisk syge har noget mere snævre interesser i en forbedring af indsatsen overfor netop deres ofte livslange sygdom. For mange lidelser gælder, at patienterne har sluttet sig sammen i patientforeninger, der har som formål at forbedre forholdene for foreningens medlemmer og udbrede kundskab om pågældende sygdom. Foreningerne har ofte fremtrædende lægelige eksperter på området som formænd eller bestyrelsesmedlemmer, og foreningerne bliver som regel hørt i betænkningssammenhæng og lignende.

Lokalsamfundet og befolkningen som helhed har som „interessegrupper“ ikke på samme måde eksperttilgang, og de må kanalisere deres sundhedspolitiske holdninger gennem de almindelige politiske valg. I modsætning til for eksempel fysisk planlægning og skolevæsenet er der ikke for sundhedsvæsenets vedkommende fastlagt regler om offentlig høring eller direkte brugerrepræsentation.

Behandlerne udgør en hærskare og sand mangfoldighed af professioner. Hvis rengørings-, køkken- og teknisk personale i sygehusvæsenet medregnes, så udgør det samlede personale i sundhedsvæsenet omkring 120.000 personer. Ved århundredeskiftet varetoges sygdomsbehandlingen væsentligst af praktiserende læger, og et lidet udviklet hospitalsvæsen var ved at ændre sig fra at være opbevaringssted for smittefarlige og sindssyge til behandlingssted for – i første række – kirurgiske lidelser. Fra forrige århundrede og længere tilbage stammer også jordemødre, sygeplejersker og apotekere, men de fleste faggrupper og lægelige specialer, som vi kender dem i dag, er kommet til i dette århundrede og især efter 1945. Faggrupperne har hver deres fagorganisation, som i overenskomstsammenhæng i væsentligt omfang hver for sig har været med til at forme sundhedsvæsenets struktur og funktion. Gennem overenskomsternes aftaler om arbejdstider og arbejdstilrettelæggelse (f.eks. yngre lægers afdelingstilknytning og vagtberedskab) og honorering

for konkrete ydelser (f.eks. fysioterapeuter og alment praktiserende læger) fastlægges vigtige dele af rammerne for arbejdet i sundhedsvæsenet.

De raske, patienterne og behandlerne – de primære interessenter om man vil – styres i det politiske og administrative samfundsliv på tre niveauer: det statslige, det amtskommunale og det primærkommunale. Som ansvarlige for borgernes omgivende miljø, og derigennem for grundlaget for den generelle sundhedstilstand, kan alle ministerier mere eller mindre siges at have betydning for befolkningens sundhed. Indenrigsministeriet, socialministeriet, undervisningsministeriet og arbejdsministeriet har imidlertid et mere direkte ansvar for sundheden og behandling af sygdom.

*Indenrigsministeriet* godkender amternes sygehusplaner efter sygehusloven af 1969. Sygehusplanerne skal have en tidshorison på 10 år, og per april 1984 skulle der ifølge planrevisionen foreligge planer for perioden 1985-96. Sygehuslovgivningen giver imidlertid ikke indenrigsministeriet magt til at gennemtrumfe ændringer i amtskommunernes planer.

Indenrigsministeriet leder desuden Rigshospitalet og godkender sygesikringens forhandlingsresultat med de faglige organisationer. Her skete en opgaveflytning i 1983, idet sygesikringsområdet blev flyttet fra socialministeriet til indenrigsministeriet, mens alkoholmisbrugsbehandlingen flyttedes omvendt. Hensigten hermed var at samle ansvaret for sygehussektoren og sygesikringsområdet i samme ministerium og dermed næsten lægge op til etablering af et dansk sundhedsministerium (som i forvejen findes i de fleste andre lande). Behandlingen af alkoholmisbrug blev således betragtet som et socialt snarere end et sundhedsmæssigt problem.

*Sundhedsstyrelsen* rådgiver og vejleder indenrigsministeriet vedrørende sundhedsspørgsmål i følge loven om sundhedsvæsenets centralstyrelse fra 1932 med senere ændringer.

Sundhedsstyrelsen skal:

1. Føre tilsyn med sundhedsvæsenet og sundhedspersonalet.
2. Overvåge sundhedsforholdene i landet.
3. På forespørgsel eller på eget initiativ rådgive myndigheder i alle forhold, der kræver lægekyndig eller apotekerkyndig indsigt.
4. Meddele og fratage autorisationer for medicinalpersoner.

Decentralt i amterne udfører embedslægeinstitutionerne de tre første opgaver samt visse andre retslægelige opgaver. Embedslægevæsenet har en lang historisk tradition helt tilbage fra den begyndende centraladministration under enevælden. Der har været ført en diskussion om hvorvidt institutionen skulle overflyttes til amtet, men der var hos embedslæger og i sundhedsstyrelsen en overvejende interesse for at bevare den statslige tilknytning for at sikre embedslægeinstitutionernes uafhængighed af amtskommunale interesser og konflikter.

Under *socialministeriet* sorterer plejehjem, hjemmehjælp, revalidering og medicintilskud, medens *undervisningsministeriet* varetager de akademiske sundhedsuddannelser og jordemoderuddannelsen. Forskningsråd og universiteter med dertil knyttet forskning hører naturligvis også under undervisningsministeriet. Med arbejdsmiljøloven som trådte i kraft 1977 fik *arbejdsministeriet* med arbejdstilsynet

og arbejdsmiljøinstituttet en rammelov for arbejdet for sundheden på arbejdspladserne. Herunder hører også bedriftssundhedstjenesten, som er under opbygning i disse år som en ny sundhedstjeneste med forebyggelse som hovedformål, men isoleret fra det øvrige sundhedsvæsen. Baggrunden herfor er først og fremmest interesse hos arbejdsmarkedets parter for at sikre deres magt over bedriftssundhedstjenesten, som blev udmøntet i arbejdsmiljølovgivningen og som gav arbejdsgiverne den afgørende indflydelse.

Ved fastsættelse af *amtskommunernes* størrelse under kommunalreformen tog man afgørende hensyn til sundhedsvæsenet. Amtskommunerne skulle have et befolkningsunderlag, som i økonomisk henseende muliggjorde driften af et sundhedsvæsen. For sjældne og særlig omkostningskrævende tilstande er der oprettet landsdelssygehuse og afdelinger, som amterne kan købe sig ind på, hvis der opstår et behov for det. Amtsrådsmedlemmerne med amtsborgmesteren i spidsen har gennem to stående udvalg med tilhørende administration ansvaret for drift og planlægning af amtets sundhedsvæsen. Sygehusudvalget med sygehusforvaltningen sørger for hospitalsdriften, medens social- og sundhedsudvalget med administration styrer sygesikringsområdet og blandt andet pensions- og revalideringsnævn. Under den amtslige sygehusforvaltning hører den stedlige sygehusdirektør og sygehusadministration.

I den amtskommunale administration er der, udover de stående udvalg, to udvalg med særlig tilknytning til sundhedsvæsenet. Begge udvalg er lovbefalede i sygesikringslovens § 23. „§ 23 stykke 2-udvalget“ som er politisk-administrativt sammensat, har til opgave at virke til fremme af samarbejdet og samordningen mellem praktiserende læger, sygehuse og anden sundhedsmæssig og social virksomhed. Embedslægen er født medlem af dette udvalg. „§ 23, stykke 4-udvalget“ eller „fællesudvalget“ har til formål at behandle klager vedrørende lægebetjeningen efter nærmere regler der fastsættes ved overenskomst, og varetager i øvrigt opgaver der måtte blive henlagt til fællesudvalget ved overenskomst eller lokal aftale, såsom udarbejdelse af planer for udviklingen af almen praksis i området. Medlemmerne af § 23, stykke 2-udvalget er også medlemmer af fællesudvalget, som desuden suppleres med en lige så stor gruppe læger udpeget af den lokale lægekreds. Andre faggrupper er imidlertid ikke repræsenteret.

Hver faggruppe, som har overenskomst med sygesikringen (f.eks. tandlæger, fysioterapeuter, alment praktiserende læger, praktiserende speciallæger og kiropraktorer) har imidlertid særlige samarbejdsudvalg, hvor sygesikring og repræsentanter for den pågældende faggruppe behandler overenskomstmæssige spørgsmål – for lægernes vedkommende f.eks. reguleringen af antallet af praktiserende læger i området.

I *primærkommunalt* regie finder vi sundhedsplejersker, hjemmesygeplejersker, hjemmehjælp, børnetandpleje og skolelæger. Desuden har primærkommunerne pligt til at drive plejehjem og sørge for børneinstitutioner.

Af *love*, kongelige anordninger, bekendtgørelser og vejledende retningslinier, som gælder for de behandlende personalegrupper må lægeloven karakteriseres som den bredeste. Det vil sige, at det er den formelle ramme, som giver de fleste (be)handlemuligheder. Andre behandlergrupper har ikke samme formelle handlefrihed, fordi deres virksomhed i større udstrækning er fastlagt gennem beskrivelser

af, hvad de kan og må gøre. Behandlende personalegrupper har som regel autorisation. Undtagelser er kiropraktorer, homøopater, afspændingspædagoger og andre såkaldte alternative behandlere. Gennem autorisationen sikres befolkningen en vis behandlerkvalitet (gennem uddannelseskraV), og staten (sundhedsstyrelsen og embedslægevæsen) får adgang til at kontrollere om behandlingen lever op til de stillede krav. Til gengæld får de autoriserede en monopolstilling indenfor området og får økonomisk sikkerhed. For at modvirke for omfattende monopoldannelse og værne om retten til fri næring er man efter en periode med mange autorisationstil-delinger nu i sundhedsstyrelsen tilbageholdende med at tildele autorisationer til nye faggrupper.

Herudover reguleres sundhedsvæsenet af *overenskomster*. Amtsrådsforeningen forhandler overenskomster med blandt andet læger og sygeplejersker. De enkelte amtsråd er dog ikke retligt bundne af resultatet af forhandlingerne, men har som regel i praksis accepteret dem. Amtsrådsforeningen og Kommunernes Landsfor-ening er således private foreninger, som har skaffet sig en betydelig magt. Begge foreninger bliver hørt i vigtige sager vedrørende sundhedsvæsenet og har opnået faste pladser i styrende organer.

Sygesikringens forhandlingsudvalg er derimod et lovreguleret udvalg, som histo-risk set er en videreudvikling af sygekassernes forhandlingsudvalg. Udvalget består af repræsentanter for Amtsrådsforeningen og København og Frederiksberg kom-muner. Forhandlingsudvalget forhandler med Praktiserende Lægers Organisation og andre fagorganisationer. I København arbejder lægerne efter en særlig overens-komst, der i sine hovedprincipper stammer fra 1926. I det øvrige land gælder en anden overenskomst, som sidst på afgørende områder blev ændret i 1976. Der blev indført en meget kraftig regulering af køb og salg af praksis, således at den fri nedsættelsesret i princippet blev ophævet. Den væsentligste forskel mellem køben-havneroverenskomsten og landsoverenskomsten er, at de praktiserende læger i København fortrinsvis bliver lønnet gennem en fast ydelse per tilmeldt gruppe 1-patient, hvorimod de praktiserende læger i det øvrige land får en væsentlig andel af deres indtægt dækket gennem honorar for forskellige ydelser.

Vi har nu skildret de vigtigste aktører i sundhedsvæsenet således som de er placeret på forskellige niveauer med mere eller mindre klare beføjelser. I det følgende fremlægger vi et tankeeksperiment, som skal illustrere hvorledes interessenterne ville kunne agere ved forslag om ændringer i sundhedsvæsenet, som omfatter ændrede samarbejdslinier og opgavefordelinger.

### **Distriktpædiatri i Roskøbing amt – et tankeeksperiment**

Som nævnt i indledningen er der i de sidste år opstået en stigende interesse for at gennembryde muren mellem det primære og sekundære sundhedsvæsen blandt andet ved indførelse af distriktsordninger med deltagelse af sygehusvæsenet. For-målet hermed kan være økonomisk (reduktion af sygehusenes belastning) eller fagligt (oprustning af forebyggelse og tidlig behandling i distriktet).

Man kan groft skitsere følgende gennemgående elementer i de modeller for

distriktsordninger, som er opstillet, f. eks. på det psykiatriske område (Lindhardt, 1984):

1. Geografisk afgrænsede målgrupper
2. Nærhed mellem behandler og patient/befolkning
3. Kontinuitet i sundhedsarbejdet
4. Samarbejde tværfagligt og tværsektorielt
5. Reduktion i antallet af indlæggelser
6. Oprustning af primærsektoren ved hjælp af konsulentfunktioner fra sygehusspecialister
7. Oprustning af forebyggelse og sundhedsfremme
8. Analyse af sundhedsproblemer og sundhedsvilkår i distriktet som udgangspunkt for sundhedsarbejdet.

Udover allerede etablerede distriktspsykiatriske ordninger er der ved at dukke tilsvarende modeller op på andre felter, f.eks. indenfor forebyggelse og behandling af børnesygdomme (pædiatri), men endnu er de knap nok blevet virkeliggjort i det danske sundhedsvæsen. Lad os forestille os, hvorledes et forsøg på at etablere distriktpædiatri kunne forløbe i praksis.

Sygehusdirektøren i Roskøbing amtskommune har været til planlægningskonference på Den Kommunale Højskole i Grenå og har hørt et spændende foredrag om distriktpædiatri. En forsøgsordning blev forelagt som indebar, at en pædiatrisk afdeling fik udvidet sine opgaver til, udover de traditionelle, at varetage forskellige former for distriktsarbejde. Forsøget var tilsyneladende en succes med fuld opbakning fra alle involverede, godt fagligt udbytte, og ovenikøbet økonomisk gevinst i form af en reduktion i den ellers planlagte udbygning af den pædiatriske sengeafdeling. Eventuelle øgede omkostninger i andre sektorer, f.eks. i form af udgifter til flere lægebesøg i hjemmet eller øget indsats fra hjemmesygeplejersker er dog ikke gjort op.

På sygehusdirektørens initiativ udarbejder sygehusforvaltningen i Roskøbing amt en skitse til en distriktpædiatrisk model med udgangspunkt i børneafdelingen på Roskøbing centralsygehus. Modellen lægger op til, at afdelingens personale skal iværksætte et distriktsarbejde, der blandt andet indebærer rådgivning af alment praktiserende læger, socialforvaltninger og sundhedsplejersker om generelle sundhedsproblemer blandt børn og om individuel forebyggelse og behandling. Afdelingens personale skal endvidere kunne aflægge besøg i hjemmet hos henviste og udskrevne børn med henblik på eventuelt at forebygge eller forbedre indlæggelsen og foretage efterbehandling. Sygehusforvaltningen skønner, at indlæggelsestallene for børn herved kan bringes ned og antallet af sengepladser i børneafdelingen efterhånden vil kunne reduceres. Det vil dog – i hvert fald i begyndelsen – være nødvendigt at opnormere børneafdelingen med flere læger og sygeplejersker.

Sygehusdirektøren forelægger skitsen for sygehusudvalgets formand, der finder forslaget interessant. Han er dog betænkelig ved merudgifter ved iværksættelse af den øgede indsats og stiller som vilkår for videre udvikling af modellen, at der foretages nøjere beregninger af en eventuel økonomisk gevinst på længere sigt. En merudgift skal umiddelbart kompenseres ved andre besparelser i sygehussektoren.



Han foreslår desuden, at ordningen etableret som et 3-årigt forsøg, og beslutning derefter tages om en mere permanent distriktpædiatrisk ordning i amtet.

Sygehusforvaltningen arbejder herefter videre med sagen og forelægger tankerne for hospitalsinspektøren og den administrerende overlæge ved børneafdelingen. Hospitalsinspektøren er positiv, men pointerer behovet for ekstra bevillinger til at iværksætte ordningen. Han kontakter herefter den administrerende overlæge på børneafdelingen og sygehusets forstanderinde for at høre deres opfattelse. Den administrerende overlæge, der betragtes som højeste faglige kompetence på det pædiatriske område i amtet, er ligeledes principielt positiv overfor de fremlagte principper, men forudser øgede udgifter til distriktsarbejde. Hun pointerer, at der næppe vil kunne opnås større reduktion i antallet af indlæggelser („det er jo syge børn med behov for sygehusbehandling, der bliver indlagt“), men nok en øget kvalitet af behandlingen i almen praksis med videre. Hun bringer forslaget op i sygehusets overlægeråd, som advarer mod de nævnte intentioner om senere nedskæringer. Hun forelægger det endvidere for afdelingens andre overlæger og derefter for det øvrige personale på børneafdelingen, som nok ser distriktsarbejdet som en spændende udfordring, men ikke kan se, hvorledes dette kan klares uden betydelige opnormeringer. Samme indstilling har forstanderinden, der iøvrigt påpeger behovet for efteruddannelsesaktiviteter for afdelingens plejepersonale med henblik på at kunne varetage de nye funktioner. Alt i alt er der således på sygehuset en positiv stemning for forsøget, men betænkeligheder ved ressourcensiden. Man er fra inspektørens, overlægens og forstanderindens side dog indstillet på at deltage i videre planlægning af en eventuel forsøgsordning.

Herefter lægger sygehusforvaltningen forslaget frem for social- og sundhedsforvaltningen i amtet. En nøjere vurdering af hovedtankerne viser hurtigt, at der næppe vil være tale om besparelser i den primære sundheds- og sociale sektor, men snarere nye udgifter for sygesikring og for primærkommunerne til at gennemføre samarbejde med sygehuset, og til at give øget hjælp til de børn, som eventuelt undgår indlæggelse. Man er dog villige til at medvirke i en forsøgsordning, hvor disse ting gøres op, idet man deler den principielt positive holdning til distriktstanken og den støtte til primær social- og sundhedstjenestes arbejde, som denne indebærer.

Amtssundhedsplejersken, som er tilknyttet social- og sundhedsforvaltningen, peger specielt på mulighederne for at styrke sundhedsplejerskernes indsats for børn med særlige problemer gennem direkte faglig rådgivning fra børneafdelingen og anbefaler også en videre planlægning, men påpeger, at primærkommunerne må involveres i drøftelserne.

Embedslægeinstitutionen får ligeledes de foreløbige planer til udtalelse. Embedslægen mener, at forslaget er i god overensstemmelse med de generelle ønsker om udlægning og øget samordning, tidlig indsats og forebyggelse, og henviser blandt andet til arbejdet i indenrigsministeriets samordningsudvalg, som lægger op til forsøg af denne karakter. Han anbefaler imidlertid, at forslaget bringes op snarest muligt i amtets fællesudvalg, hvor de forskellige lægegrupper er repræsenteret, samt overfor sundhedsstyrelsen med henblik på en generel vurdering. Han pointerer endvidere, at det er afgørende at få de alment praktiserende læger med i planlægningen, da de vil være en vigtig samarbejdspartner for børneafdelingen.

Sagen rejses herefter på fællesudvalgets næste møde, og det viser sig, at der fra lægeside fremføres forskellige indvendinger. De alment praktiserende læger mener nok, at der kan være behov for en konsulentordning med rådgivning fra pædiatrisk speciallæge i særligt vanskelige tilfælde, men ikke behov for et bredere distriktpædiatrisk team udgående fra sygehuse. Den primære sundhedstjeneste med den alment praktiserende læge som nøgleperson, kan udmærket klare de generelle sundhedsmæssige opgaver blandt børnefamilierne, og en specialistrådgivning kunne måske mere hensigtsmæssigt varetages af en praktiserende speciallæge frem for af sygehuset. Dette synspunkt deles af en repræsentant for de praktiserende speciallæger i fællesudvalget, mens en repræsentant for de yngre læger (dvs. læger under uddannelse eller færdiguddannede, som ikke har fået en varig ansættelse) er meget positiv overfor ideen om et udbygget sygehusbaseret team. Lægerne vil herefter tage sagen op i lægekredsforeningen, hvor alle lægegrupper er repræsenteret, med henblik på at opnå en samlet stillingtagen, og sygehusforvaltningen vil gå videre overfor primærkommunerne. Lægekredsforeningen indkalder herefter til et møde, hvor repræsentanter for overlæger, yngre læger, praktiserende speciallæger og alment praktiserende læger drøfter planerne. Der er på mødet betydelig uenighed om ideerne, men man konkluderer, at lægerne gerne vil deltage i en videre diskussion af de forskellige muligheder. Det pointeres dog, at de alment praktiserende læger under alle omstændigheder hver for sig må være frit stillet til at træffe beslutninger vedrørende henvisning af patienter og indhentning af rådgivning.

Hvad angår primærkommunerne viser det sig, at flere kommuner med mange tilflyttede unge familier (og børn) siger nej til forslaget, efter som de forventer øgede udgifter over bistandsloven og øget belastning af den lokale socialforvaltning. De vil naturligvis generelt under alle omstændigheder opfylde bistandslovens bestemmelser, men mener ikke, at der er ressourcer i kommunen til en aktiv indsats og øgede samarbejdskrav. Desuden vil der måske blive behov for flere sundhedsplejersker gennem den øgede og mere intensive aktivitet (mødeaktiviteter, flere behovsundersøgelser med videre). I amtskommunen vælger man at se bort fra de pågældende kommuners indsigelse, idet man mener, at kommunerne selv må finde løsninger på de rejste problemer. Under alle omstændigheder vil der jo være tale om et tilbud fra amtet til kommunerne, som de kan tage imod hvis de har lyst. Man opfordrer dog kommunerne til at udpege repræsentanter for socialforvaltningerne til at deltage i et videre planlægningsarbejde.

Langt om længe nedsætter sygehusudvalget en planlægningsgruppe, som etablerer en række arbejdsgrupper, der ser på forskellige forslag og problemstillinger. Planlægningsgruppen fremlægger et modificeret forslag, som indebærer et forsøgsprojekt, der skal underkastes forskningsmæssig evaluering, og efter 3 år skal dets videre skæbne tages op til vurdering. Forslaget er blandt andet forelagt sundhedsstyrelsen, der ligesom indenrigsministeriet er positiv overfor de principielle aspekter i forsøget, men understreger, at en vurdering af faglige og økonomiske konsekvenser er væsentlig. Man anmoder om at få tilsendt evalueringsrapporter så snart disse foreligger, og udtrykker iøvrigt forventninger til, at de kommende sygehusplaner for amtskommunen vil indeholde en samlet beskrivelse af den forventede udvikling af behandling af børn i amtets forskellige sygehusafdelinger i lyset af den planlagte forsøgsordning.

Dansk sygeplejeråd, Praktiserende Lægers Organisation, Foreningen af yngre læger og Foreningen af speciallæger har ligesom Amtsrådsforeningen og Sygesikringens forhandlingsudvalg set på eventuelle overenskomstmæssige konsekvenser. Fra flere sider er der taget visse forbehold, dels i forhold til stillingsbeskrivelser (for sygeplejersker og yngre læger), og dels i forhold til behovet for nynedsættelser og honorering for særlige ydelser (praktiserende speciallæger og alment praktiserende læger), og disse problemer må løses gennem forhandlinger inden en forsøgsordning kan accepteres.

Efter at disse forhandlinger mellem forskellige overenskomstparter på området er gennemført, kan en revideret plan endelig forelægges amtskommunens sygehusudvalg, der godkender en indstilling til amtsrådet om at gennemføre forsøgsordningen (idet ekstra omkostninger kan dækkes ind ved besparelser andre steder i sygehusvæsenet). 3½ år efter at ideen opstod i sygehusforvaltningen, fremlægges sygehusudvalgets endelige plan for amtsrådet, som vedtager den til iværksættelse i det nye finansår.

Dagen efter bringes nyheden i Roskøbing Dagblad, og lokalradioens nyhedsudsendelse bringer interviews med sygehusudvalgets formand og den pædiatriske overlæge. Herunder interviewes formanden for den lokale gruppe i foreningen „Børn og samfund“, som glæder sig over interessen for børns sundhedsmæssige problemer, men understreger, at en nedbringelse af behovet for behandling af børn jo først og fremmest kræver bedre sociale forhold for børnefamilierne. Hun beklager samtidig den sparsomme offentlige information og debat om planerne og påpeger, at patient- og forbrugerorganisationer overhovedet ikke har været inddraget i det lange forløb.

### **Det samspilsramte sundhedsvæsen**

Vil virkelighedens interessenter agere på den skitserede måde, når et forslag om fornyelse lægges frem? I vores case optræder de relevante aktører, som i dette tilfælde spiller deres roller således, at samspillet lykkes, og innovationen iværksættes – trods en række problemer undervejs. Virkeligheden viser adskillige eksempler på, at dette er muligt, og samarbejde om fornyelser kan etableres. Men erfaringer fra blandt andet distriktspsykiatri og fra sporadiske initiativer vedrørende distriktpædiatri viser, at forsøg på at gennemføre fornyelser kan standses på mange forskellige trin. Sundhedsvæsenets struktur indebærer, at det er nødvendigt at opnå enighed mellem mange instanser. Ingen har magt til at gennemtrumfe ændringer, som kræver mange parters aktive medvirken.

I vores eksempel var det sygehusforvaltningen, som tog initiativet, men dette kunne lige så vel være taget fra en række andre steder i systemet. Ofte tages initiativet til forsøg af sundhedspersonalet selv (Adamsen, 1984), men i et forsøg som det her skildrede, ville de nævnte instanser alligevel blive involveret. Under alle omstændigheder ville amtsrådet og sygehusudvalget kunne standse større organisatoriske ændringer og udgiftskrævende fornyelser, som involverer sygehussektoren, hvis det politiske flertal ikke finder fornyelsen ønskelig.

Som det fremgår af eksemplet, er der på sygehusniveau adskillige aktører, som indbyrdes har temmelig uklare beføjelser. Inspektøren som budgetansvarlig, for-

standerinden som formel leder af sygeplejen på sygehuset og overlægerne, som administrerer de enkelte afdelinger, har alle indflydelse på større beslutninger på baggrund af formel eller uformel kompetence. Det er specielt karakteristisk for overlægerne, at de ofte vil kunne standse forslag om ændringer ved hjælp af faglige argumenter, som de øvrige aktører har svært ved at afvise. De faglige modargumenter mangler.

Også de alment praktiserende læger har naturligvis lægefaglige argumenter at ty til, men de har endvidere en betydelig arbejdsmæssig selvstændighed som gør, at de samlet eller hver for sig kan forhindre samarbejdet mellem sektorerne ved at modsætte sig dette. Dette gælder principielt også de privatpraktiserende speciallæger (og andre faggrupper i sygesikringsregie), men det har ikke haft betydning i den model, som vi har anvendt i vores tankeeksperiment.

Det gælder ligeledes for primærkommunerne, at de hver for sig eller samlet kan sige fra (således som det rent faktisk skete i vores tilfælde) på baggrund af politiske beslutninger i kommunalbestyrelser og socialudvalg. Sundhedspersonalet i primærkommunerne – i vores tilfælde sundhedsplejerskerne – har derimod kun indflydelse gennem faglig argumentation, og de må i sidste instans underkaste sig kommunalbestyrelsens beslutninger. Alle de øvrige parter, såvel på amtskommunalt som statsligt niveau, vil i realiteten kun have rådgivende funktioner, og de vil ikke kunne intervenere direkte, med mindre lovgivning og bestemmelser vedrørende medicinalpersoner bliver overtrådt.

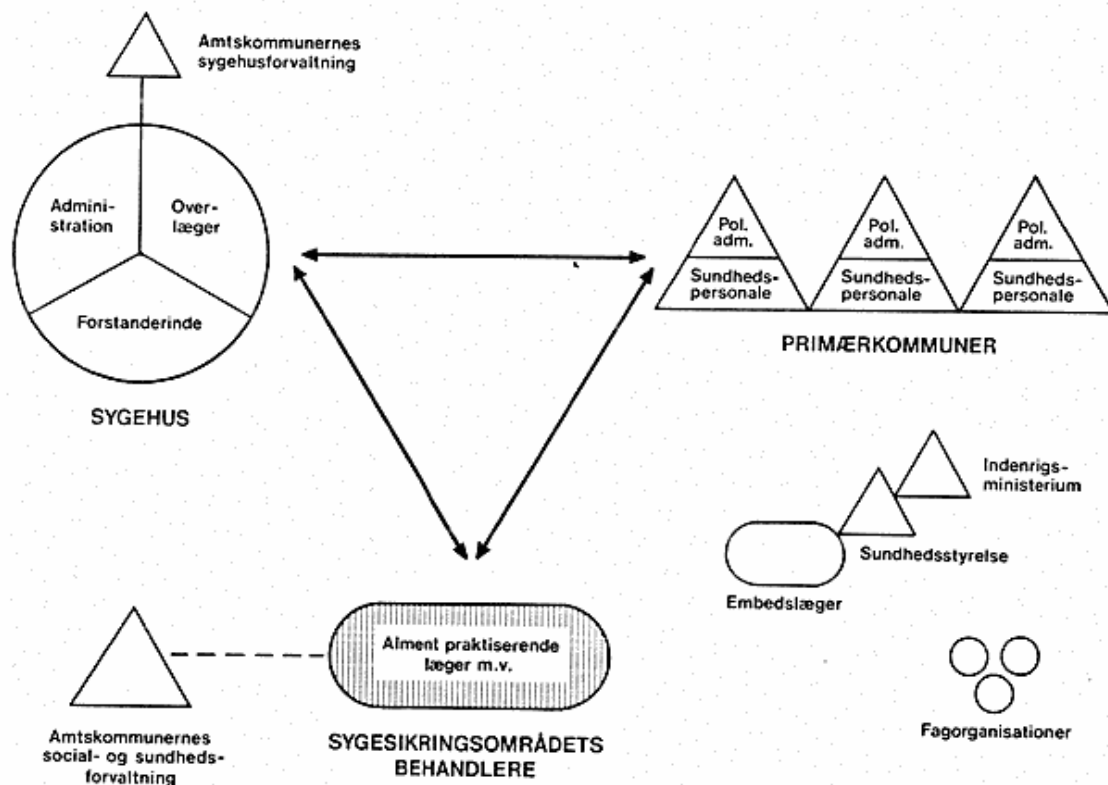
Befolkningen har i vores tilfælde kun kunnet komme til orde igennem de valgte politiske repræsentanter i amtsråd, sygehusudvalg med videre. I modsætning til andre steder i verden findes der i Danmark ikke organiseret forbrugerindflydelse (Ølgod, 1984), og pressionsgrupper og græsrodsbevægelser findes kun i ringe omfang indenfor området børn og børnefamilier.

I vores eksempel har der praktisk taget ikke været offentlig omtale af planerne, før disse er blevet vedtaget politisk. I en del tilfælde vil mere radikale ændringer i sundhedsvæsenet hurtigt finde frem til pressen (specielt ved større nedskæringer for eksempel i form af lukning af små sygehuse), og specielt i sådanne tilfælde kan en folke debat påvirke de politiske repræsentanter.

I fig. 1 har vi fremstillet de organisationer, som udgør væsentlige samarbejdspartnere i en samarbejdssituation, som involverer mere omfattende ændringer i behandlingen. Af de omhandlede instanser kan udskilles tre hovedorganisationer, der direkte har ansvaret for det praktiske sundhedsarbejde. Samspillet mellem disse afhænger bl.a. af deres interne beslutningsstruktur, og herved adskiller de sig afgørende fra hinanden: Sygehuset, sygesikringsområdet og primærkommunerne har hver sin ledelsesform.

Sygehuset er karakteriseret af tre „ledelser“, bestående af direktøren (eller inspektøren), forstanderinden og overlægerne, som er karakteriseret af uklart afgrænsede kompetenceområder mellem henholdsvis det generelt administrative område, det plejemæssige område og det lægelige/sygdomsbehandlende område. Samarbejdsformen mellem disse tre komponenter har netop været underkastet en analyse i indenrigsministeriets betænkning vedrørende sygehusenes organisation og økonomi (Indenrigsministeriet, 1984). I analysen hævdes, at der er behov for en ledelsesændring, hvis formål bl.a. er en styrkelse af den tværgående planlægning og

Fig. 1: Hovedaktører ved koordination af det autoriserede sundhedsvæsens indsats



prioritering indenfor sygehusets mure. Der opstilles konkret 4 forskellige modeller til indplacering af de tre komponenter (direktør, overlæger og forstanderinde) i en samlet ledelsesstruktur.

Sygesikringsområdet består af en række sideordnede selvstændige enheder overvejende bestående af enkeltpersoner (praktiserende læger, fysioterapeuter m.v.), som hver for sig (eller sammen i små grupper) er ansvarlige for deres private virksomhed, og inddragelse i et samarbejde kræver accept fra hver enkelt enhed – med mindre der er tale om generelle, landsomfattende overenskomstsmæssige aftaler, som binder hele faggruppen.

I hver primærkommune finder man en pyramideformet struktur med sundhedspersonalet placeret under de politisk styrede udvalg med tilhørende administration. Sundhedspolitiske overvejelser indgår som en del af den samlede primærkommunale politiske beslutningsproces i hver kommune.

Situationen forstås antageligt bedst som et historisk udviklingsresultat, hvor generelle udviklingstendenser i samfundet, førende til øget specialisering, professionalisering og arbejdsdeling, har medført forgrening og kompleksitet, uden at eksplicit formulerede, overordnede principper har været styrende herfor. Derved forudsætter ændringer og fornyelser, hvori mange parter skal medvirke, at hver part kan se en fordel herved. I vores tankeeksperiment accepteredes fornyelser af sygehusets ledelse, som så muligheden for at undgå umiddelbare nedskæringer, af

primærsektoren, der forudså oprustning og nye handlemuligheder, og amtskommunens politikere, som forventede en effektiviseret indsats og måske kunne se frem til besparelser på længere sigt. Visse primærkommuner sagde fra – måske på baggrund af frygten for øgede udgifter – og indgik derfor ikke i forsøget. I praksis er det nok sjældent, at fornyelsen kan tilgodese alles interesser. Forbedringer vil som regel kræve øgede ressourcer og vil dermed kun vanskeligt opnå politisk tilslutning. Politiske ønsker om ændringer med henblik på besparelser indebærer ofte trussel om nedskæringer, og dermed vil sundhedspersonalet føle sig truet.

### **Konklusion**

I det danske sundhedsvæsen er det formelt politikerne, som har den endelige magt, som for øjeblikket bl.a. demonstreres gennem en række nedskæringer i sundhedsvæsenet. Men i tilfælde af fornyelser, som kræver sundhedspersonalets aktive medvirken, vil det altid være nødvendigt med sundhedspersonalets accept.

De forskellige faggrupper i sundhedsvæsenet har imidlertid ikke samme magtposition. Medens lægerne i kraft af faglig autonomi og høj placering i sygehusvæsenets hierarki har betydelig indflydelse på sundhedspolitiske beslutninger, har andre faggrupper mindre faglig og ansættelsesmæssig selvstændighed og dermed mindre del i magten over sundhedsvæsenet.

En så kompleks og forgrenet organisationsstruktur medfører, at beslutningsprocesser bliver uigennemskuelige, og grundlaget for beslutningerne bliver sjældent lagt klart frem. Derved har befolkningen vanskeligt ved at vurdere beslutningerne for ikke at tale om at tage direkte del i disse. Vi oplever for tiden en stigende kritik af og mistillid til læger og til politikere og deres evne til at varetage befolkningens interesser. Det er vores opfattelse, at dette bl.a. hænger sammen med afstanden til beslutningsprocesserne. Kun en åbning, hvor beslutningsgrundlaget gøres explicit, og lokalbefolkningen får mulighed for direkte at gøre sin indflydelse gældende, vil kunne reducere mistilliden og dermed skabe grundlag for et bredere fundament for fornyelser og samarbejde mellem sundhedsvæsen, politikere og befolkning.

Vi vil på denne baggrund konkludere:

- Det er ikke muligt at udpege en enkelt bestemmende eller besluttende instans i sundhedsvæsenet, og ingen har således på basis af den eksisterende lovgivning magt til at gennemtrumfe omfattende ændringer, som kræver mange parters aktive medvirken.
- Det er nødvendigt med et samarbejde, hvis større ændringer i behandlingen skal gennemføres. Dette er vanskeliggjort gennem uklare samarbejdsrelationer, mangeartede ledelsesformer og mange særinteresser.
- Beslutningsprocesserne i sundhedsvæsenet er uigennemsigtige og befolkningen har kun ringe mulighed for at vurdere grundlaget for disse og gøre sin indflydelse gældende.

## Litteratur

- Adamsen, Lis et al. (1983). *Nye veje for den primære sundhedstjeneste – kortlægning af forsøgsvirksomhed i Danmark*. København: Dansk Sygehus Institut.
- Indenrigsministeriet (1977). *Prioritering i sundhedsvæsenet*. Betænkning fra sundhedsprioriteringsudvalget. Betænkning 809. København.
- Indenrigsministeriet (1984). *Sygehusenes organisation og økonomi*. Betænkning fra Indenrigsministeriets produktivitetsudvalg. København
- Juul, Svend et al. (1984). *Det danske sundhedsvæsen*. Århus: FADL.
- Krasnik, Allan et al. (1982). *Den primære sundhedstjeneste i Danmark*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Lindhardt, Anne et al (1984). Distriktspsykiatriske projekter i Danmark udgående fra sygehusvæsenet. *Ugeskrift for Læger*, 146. årgang. Nr. 23, pp. 1733-1739.
- Rosdahl, Niels (1983). *Sundhedsvæsenet, organisation, formål og funktion*. København: Munksgård.
- Sundhedsstyrelsen (1983). Udlægning af funktioner fra sygehusene. *Ugeskrift for Læger*, 145. årgang. Nr. 34, pp. 2615-2625.
- Ølgod, Jutta et al. (1984). *Byggeklodser til et nyt sundhedsvæsen III – Forbrugerindflydelse*. København: Dansk Sygehus Institut.